Rok II. Warszawa, Kwiecień 1923 r. № 2.

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

W sprawie rozpoznania roponercza (pyonephrosis)

podał

D. Szenkier.

Dotychczasowa klasyfikacja roponercza opiera się na podziale, podanym przez Israela, który na podstawie etjologji rozróżnia trzy postaci tej choroby:

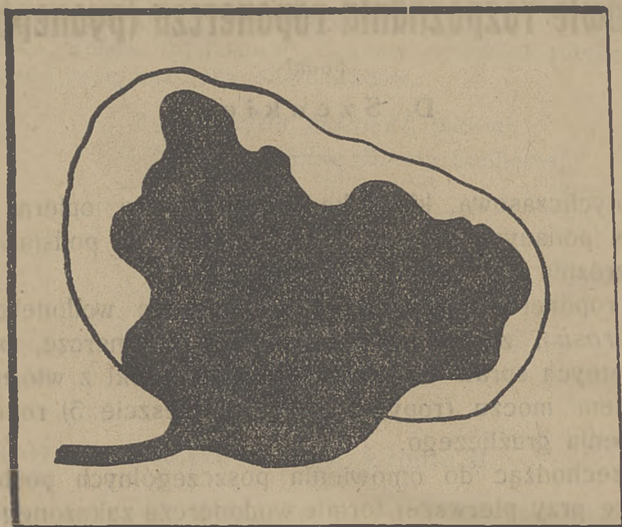
1) roponercze, powstałe z pierwotnego wodonercza (*hydronephrosis*), zakażonego wtórnie; 2) roponercze, powstałe z pierwotnych spraw zapalnych miąższu nerki z wtórnym zatrzymaniem moczu (ropy) w nerce i wreszcie 3) roponercze pochodzenia gruźliczego.

Przechodząc do omówienia poszczególnych postaci, widzimy, że przy pierwszej formie wodonercza zakażonego—nerka jest zwykle znacznie powiększona i przedstawia się w postaci dużego worka, napełnionego ropą lub ropnym moczem. Worek ten jest jednokomorowy i jest jakby rozszerzoną miedniczką. Powyższe jest zupełnie zrozumiałe ze względu na pochodzenie tej postaci z wodonercza, które z kolei powstało dzięki powolnemu zanikowi miąższu nerki naskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrzmiedniczkowego. To ciśnienie działa równomiernie na wszystkie części nerki, podlegają zanikowi więc nie tylko zewnętrzne części miąższu, lecz i części piramidowe, leżące wewnątrz między kielichami. Piramidy zanikają i ulegają spłaszczeniu w kierunku powierzchni nerki. W przypadkach starych wytwarza się więc większy lub mniejszy worek bez wszelkich przegródek wewnątrz. Nerka taka,

gdy ją napełnić płynem, nieprzepuszczającym promieni Röntgena (pyelografja), daje na rentgenogramie obraz, przedstawiony na rysunku № 1.

Zupełnie inaczej przedstawia się roponercze z grupy drugiej, które zawdzięcza swe powstanie przewlekłemu zapaleniu miedniczki i tkanki nerkowej *(pyelonephritis)*. Wtedy zapalenie umiejscawia się w samej tkance nerkowej, przedewszystkiem zaś w tkance śródmiąższowej, ulegającej rozmiękczeniu.

Jeżeli z jakiegokolwiek powodu (zwężenie moczowodu lub



Rys. 1.

kielicha, zatkanie moczowodu kamykiem lub ropą i t. p.) nastąpi wzmożenie ciśnienia wewnątrznerkowego, to części nerki, rozmiękczone już uprzednio, łatwiej ulegają rozszerzeniu, naskutek czego wytwarzają się oddzielne komory, które przy dalszym rozwoju sprawy zlewają się w większe jamy. Zdrowe części miąższu dłużej opierają się nadmiernemu ciśnieniu i pozostają nienaruszone między komorami. W tej postaci roponercza nerka jest podzielona na komory, połączone większymi lub mniejszymi przewodami i rozdzielone pozostałemi częściami miąższu nerki. Powstaje wtedy tak zwana wieloko-

morowa „butelkowa“ postać roponercza, która za pomocą pyelografji daje obraz, przedstawiony na rys. № 2.

Najwięcej nierównomierny, niewyrazisty obraz przy pyelografji daje 3-cia postać roponercza, pochodzenia gruźliczego.

Tu sprawa zapalna, prowadząca do rozmiękczenia tkanki, jest rozsiana po całym miąższu; tworzą się jamy, niekomunikujące się ze sobą lub też połączone bardzo wązkiemi przewodami. Jamy te są różnej wielkości i kształtu. Proces zniszczenia jest bardzo nierównomierny i może zniekształcić



Rys. 2.

tylko pewną część nerki, nprz. u jednego tylko jej bieguna (postać Zondeka). Przy pyelografji otrzymuje się wtedy obraz, jak przedstawiony na rys. 3.

Powyższa klasyfikacja, oparta na podziale Israela, ma znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz—dzięki wprowadzeniu do badań tych schorzeń metody pyelograficznej,—nabrała cech praktycznych, bo daje wskazanie co do wyboru zabiegu operacyjnego (radykalny — usunięcie nerki czy też tylko nałożenie przetoki nerkowej).

Tak też było w jednym z przypadków, którego szkic podaję niżej.

Chora 36 l., przybyła do Szpitala na Czystem na oddz. wewnętrzny dra Klejna 18. IV. 1922 r. z powodu długotrwałego stanu gorączkowego; zachorowała w lutym 1922 nagle, z objawami temperatury do 40^0, z dreszczami i b. silnym bólem głowy. Pozatym chora nie uskarżała się na żadne dolegliwości ani bóle w okolicy nerkowej. Ostatnio chora zaczęła częściej oddawać mocz (w dzień 5—6 razy, w nocy — 2—3 razy). Od niejakiego czasu rozwolnienia. Przed trzema laty dur; jaki—podać nie może. Zamężna 15 lat, dzieci niema, poronienie przed ośmiu laty. Ostatnio schudła, zbladła, straciła apetyt.



Rys. 3.

Stan obecny. Odżywiona źle, błony śluzowe blade. Narządy oddechowe i krążenia zdrowe; wątroba i śledziona niewyczuwalne. Chora gorączkuje—do 39^0; okolice nerkowe niebolesne; prawą nerkę wyczuwa się. Mocz wykazuje ślady białka i wielką ilość ropnych ciałek w osadzie. Przeprowadzono zwykłe leczenie, stosowane w zapaleniu miedniczek, przyczym dostawała urotropinę (poliform).

15. V. 1922. Przy cystoskopji stwierdzono zmniejszenie pojemności pęcherza i nieznaczne, równomierne przekrwienie śluzów-

ki. Cewnikowanie moczowodów wykazało mocz mętny z obu nerek. Mocz z lewej nerki, bardziej stężony, zawiera znacznie mniej ropnych ciałek.

Chorą nadal leczono, jako cierpiącą na obustronne przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych; dostawała dożylnie neosalvarsan, stosowano też autowakcynę w bardzo dużych dawkach. Leczenie powyższe nie odniosło żadnych skutków, stan chorej się pogarszał, chorą przeprowadzono na oddział chirurgiczny.

18. VI. 1922 r. wykonałem cystoskopję z czynnościowym badaniem nerek (chromocystoskopja z indigokarminą). Lewa nerka funkcjonuje zupełnie dobrze, wydziela barwnik po 10'. Prawa nerka nie wydziela barwnika i po 25'—30'.

29. VI. 1922. Po cewnikowaniu prawego moczowodu do miedniczki nerkowej zastrzyknąłem 25% Natr. bromati i wykonałem pyelografję, która wykazała, że mamy do czynienia tu z prawostronnym zakażonym wodonerczem — pierwszą postacią podziału Israela.

Próbowałem założyć na kilka dni do prawej miedniczki kateter à demeure. Gorączka nie zmniejszała się, wobec czego postanowiłem wykonać operację.

3. VII. 1922 r. zabieg w ogólnym znieczuleniu (chloroform— eter). Prawa nerka otoczona była znacznemi zrostami. Okazało się po usunięciu zrostów, że nerka jest znacznie powiększona, miękka, a robiła wrażenie przy dotknięciu, jakby woreczka pustego. Wykonano nieduże cięcie miąższu nerki, wstawiono dwa sączki przez cięcie do miedniczki.

Przebieg pooperacyjny był bez powikłania, przez rurki codziennie przepłukiwano nerkę. Opatrunek bardzo nasiąkał moczem. Gorączka prędko ustąpiła; wypisano chorą ze szpitala 21.IX. 1922 r. z przetoką moczową w prawej okolicy lędźwiowej.

15. XI. 1922 przetoka zagojona; chora szybko bardzo się poprawiła.

Analizując powyższy przypadek, przychodzimy do wniosku, że, dzięki pyelografji, stwierdziliśmy istnienie pierwszej postaci roponercza — zakażonego wodonercza; pozwoliło to w danym wypadku ograniczyć się tylko do wykonania zabiegu konserwatywnego (Nephrostomia). Był on tu wskazany i ze względu na ogólny stan chorej. Prócz tego przez wytworzenie tylko przetoki nerkowej—a nie usunięcie nerki — chora nadal posiada dwie nerki, aczkolwiek jedna z nich znajduje się w stanie zaniku.

O nowym przyrządzie do wprowadzania powietrza do kanału kręgowego

podał

Jakób Mackiewicz.

Z ODDZIAŁU DLA NERWOWO CHORYCH D-RA MED. EDWARDA FLATAUA.

We wszystkich zabiegach, mających na celu rozpoznanie stanów chorobowych i przy posługiwaniu się w tym celu odpowiedniemi przyrządami, stawiamy sobie zawsze, jako jeden z warunków, możliwie prosty i dostępny system aparatu oraz łatwy sposób stosowania go. Tymbardziej winno to dotyczyć badania rozpoznawczego, które polega na wpuszczaniu powietrza do przestrzeni oponowych mózgowo-rdzeniowych (i komór mózgowych) a następnie na zdjęciu rentgenowskim (Encephalographia); sposób ten, jak wiadomo, od dwóch lat jest już w użyciu w klinikach neurologicznych.

Pomijam narazie sposoby wprowadzania powietrza bezpośrednio do komór mózgowych (Dandy), które wymagają bardziej złożonego zabiegu chirurgicznego; pragnę zająć się wyłącznie omówieniem sprawy tłoczenia powietrza drogą śródlędźwiową.

W klinikach zagranicznych obecnie stosują dwa sposoby, t. zw. Bingel I i Bingel II. Przy sposobie B i n g e l I używa się przyrządu, który składa się z gumowej rurki ze szklanym lejkiem, umocowanym na ruchomej podstawie ze stałą skalą centymetrową. Rurka ta wraz z ruchomym lejkiem tworzy manometr, którym można określić pierwotne ciśnienie płynu mózgowo - rdzeniowego, a przez opuszczanie i podnoszenie lejka—śledzić za wahaniami tego ciśnienia. Pozatym, w końcu rurki gumowej włącza się szereg innych rurek (gumowych i szklanych) z zaciskaczami, które umożliwiają naprzemian stopniowe wypuszczanie płynu mózgowo - rdzeniowego przez igłę (wkłutą uprzednio do kanału) lub też (włączając do tego systemu strzykawkę) z kolei wpuszczanie miarowe powietrza do kanału. Jednak zważyć należy, że wypuszczanie płynu

i wpuszczanie naprzemian powietrza jest związane z potrzebą wielokrotnego zdejmowania i wstawiania strzykawki; następnie ciśnienie wpuszczanego powietrza nie może być kontrolowane i rejestrowane przez odpowiedni przyrząd; wreszcie manomentr, tak pierwotnie urządzony, jak opisano wyżej, jest wielce nieczuły. Dlategoteż sam Bingel porzucił wkrótce swój sposób I i zaczął wraz z innymi neurologami używać sposobu, zwanego Bingel II. Sposób ten wymaga przedewszystkiem jednoczesnego nakłucia lędźwiowego w dwóch punktach, na różnej wysokości. Górną igłę łączymy wtedy z przyrządem, tłoczącym powietrze z butelki kalibrowanej, z której tłoczy je słup wody, ściekający z lejka przez rurkę. Z dolnej zaś igły płyn mózg.-rdzen. ścieka do rurki gumowej ze szklanym kolankiem; jeden z jej końców jest właśnie wpuszczony do probówki, zawieszonej na poziomym ramieniu ruchomej podstawy. Przez odpowiednią zmianę poziomu tego ruchomego ramienia można również określać ciśnienie płynu mózg.-rdz. Górny poziom słupa wody, tłoczącego powietrze z butelki, winien — według Bingla—leżyć przynajmniej o 30 ctm. ponad poziomem pierwotnego ciśnienia płynu m.-rdz.

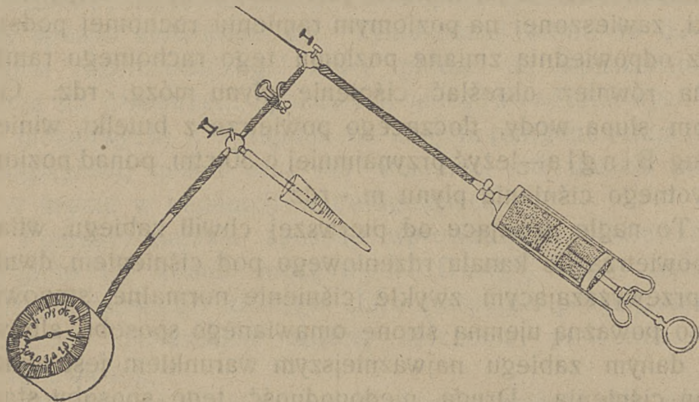
To nagłe, trwające od pierwszej chwili zabiegu, wtłaczanie powietrza do kanału rdzeniowego pod ciśnieniem, dwukrotnie przewyższającym zwykłe ciśnienie normalne, stanowi już bardzo poważną ujemną stronę omawianego sposobu, albowiem przy danym zabiegu najważniejszym warunkiem jest unikanie wahań ciśnienia. Drugą niedogodność tego sposobu stanowi potrzeba podwójnego nakłucia, co przy zabiegu wyłącznie rozpoznawczym (jakim jest *encephalographia)* jest zgoła niepożądane. Po trzecie, stałe sprawdzanie ciśnienia płynu, wypychanego przez wtłaczanie powietrza za pomocą nader pierwotnej pionowej rurki manometru, jest bardzo niedokładne, albowiem z chwilą, gdy płyn zaczyna wyciekać do probówki, pionowa rurka przestaje już pełnić rolę manometru i nie możemy już wtedy notować wahań ciśnienia. Pozatym u siedzącego chorego, z dwiema wkłutemi igłami, pod wpływem wzruszenia, bólu, kaszlu, lub zmiany pozycji głowy—wahania te oczywiście mogą być bardzo znaczne.

Wreszcie, aczkolwiek teoretycznie powietrze, drążące przez górną igłę, powinno tłoczyć płyn równomiernie przez

igłę dolną, to jednak zdarza się, że ono właśnie ulatnia się przez nią z powrotem (Alvens i Hirch Med. Klinik 1923 № 4).

Wobec przytoczonych ujemnych stron sposobu Bingel II, stosujemy do wpuszczania powietrza przyrząd własnego pomysłu, który, jak doświadczenie wykazało, braków powyższych nie posiada.

A więc przedewszystkiem, jako manometru używamy przyrządu Claude'a, powietrze zaś wpuszczamy za pomocą strzykawki 50,0 Recorda. Jeden z 3 otworów kranu przyrządu Claude'a (N I) (patrz rys. 4) łączymy za pomocą rurki gumowej z 1-m otworem specjalnego kranu metalowego (N II), również o 3 otworach; z dwóch pozostałych otworów tego kranu



Rys. 4.

jeden łączymy z manometrem, przez drugi zaś (za pomocą rurki gumowej) płyn mózgowo-rdzeniowy spływa do probówki; wreszcie strzykawkę Recorda za pomocą rurki gumowej łączymy z 3-m otworem kranu przyrządu Claude'a (I otwór kranu łączy się z igłą do nakłucia). Technika samego zabiegu jest następująca: z chwilą ukazania się pierwszej kropli płynu mózg.-rdzen. nasadzamy I otwór kranu N I, ustawionego w ten sposób, że manometr wskazuje natychmiast ciśnienie pierwotne, które staramy się utrzymać przy wszystkich dalszych zabiegach. Po ustaleniu pierwotnego ciśnienia, nadajemy ramieniu kranu N II położenie pionowe i wtedy płyn ścieka do kalibro-

wanej probówki. Po wypuszczeniu 2—3—5 cm.³ sprawdzamy ciśnienie, nadając z powrotem ruchomemu ramieniu kranu N II położenie równoległe do rurki, prowadzącej do manometru i ponownie sprawdzamy ciśnienie. Następnie ramię kranu N I ustawiamy równolegle do igły i za pomocą tłoku, powoli, ruchem obrotowym wprowadzamy powietrze ze strzykawki do kanału. Ponieważ kran N I jest urządzony tak, że przy wtłaczaniu powietrza jednocześnie ustala się komunikacja z rurką, prowadzącą do manometru, mamy więc możność stałego sprawdzania ciśnienia podczas wtłaczania powietrza; w ten sposób przez cały czas trzymamy się możliwie granic ciśnienia pierwotnego. Zabieg ten powtarzamy kilkakrotnie, dopóki nie wpuścimy wymaganej ilości powietrza.

Dodać należy, że pierwsza dawka wpuszczonego powietrza jest bardzo niewielka (2—3cm·³), poczym zwykle zarządzamy przerwę w celu zbadania reakcji ze strony chorego. O ile spostrzegamy przy wtłaczaniu powietrza, iż naskutek bólu, kaszlu, krzyku, zmiany położenia głowy ciśnienie się zwiększa -- natychmiast przerywamy wtłaczanie i czekamy, dopóki chory się nie uspokoi.

W ten sposób usunięte zostały wszystkie braki sposobu Bingel II. Pozatym za pomocą naszego przyrządu możemy w sposób najzupełniej indywidualny wprowadzać powietrze w każdym poszczególnym przypadku, tudzież wykonywać ten, w każdym razie niezupełnie dla ciężko chorego mózgu obojętny zabieg, w sposób bardziej ostrożny, licząc się bacznie z najsłabszą reakcją ze strony chorego.

Zaznaczymy, że przyrządem tym posługujemy się nietylko dla celów encephalografji, lecz również dla rozpoznawania spraw uciskowych rdzenia. Wtedy bowiem jednocześnie mamy możność wykonania próby Queckenstedta, a pozatym stwierdzenia też objawu, polegającego na tym, że w nowotworach zewnątrzrdzeniowych, po wypuszczeniu najmniejszej ilości płynu, ciśnienie znacznie i szybko opada. Wreszcie, wpuszczając powietrze (10—15 cm.³), spostrzegamy objaw, podany przez *Wideröe i Bingla*, a mianowicie, zjawianie się bólu, umiejscowionego na poziomie nowotworu.

Thurzo w Nr. I M. M. W. 1923 podał opis przyrządu ze szkła z 3 kranikami, zaopatrzonego w 4 otwory, przyczym,

posługując się temi kranikami, można kolejno wypuszczać płyn, mierzyć ciśnienie lub też wpuszczać powietrze ze strzykawki; należy jednak nadmienić, iż przyrząd ten, zbudowany również w celu uproszczenia sposobu Bingel II, przedstawia w rzeczywistości zmodyfikowaną technikę sposobu Bingel I, w której, zamiast systemu rurek gumowych z zaciskaczami, zastosowane są kraniki szklane.

Jeśli dodamy, że Thurzo, jako manometru, używa kalibrowanej rurki szklanej, to pozostaną w przyrządzie jego następujące jeszcze braki: 1) za każdym razem przy sprawdzaniu ciśnienia po wypuszczeniu płynu, słup tegoż, znajdujący się w rurce-manometrze, powinien wyciekać z powrotem do kanału, gdzie ciśnienie jest mniejsze, niż w manometrze za zatrzymanym słupem płynu; wielokrotne powracanie płynu z otwartej rurki do kanału nie może być obojętne dla chorego ze względu na możność zakażenia; 2) samo wtłaczanie powietrza odbywa się bez kontroli manometru, albowiem autor wyraźnie zaznacza, że dopiero po wpuszczeniu powietrza ciśnienie może być natychmiast sprawdzone; 3) wielokrotne posługiwanie się szklanemi kranikami (100 do 120 razy podczas trwania zabiegu) przedstawia niewątpliwie niemałe trudności techniczne; 4) jak wykazały nasze doświadczenia, ilość płynu, niezbędnego dla zbadania ciśnienia za pomocą rurek - manometrów, wynosi od 5 do 10 cm. sz., podczas gdy ta sama ilość płynu dla naszego przyrządu wynosi zaledwie 1/2 cm. sz. Jeżeli dodamy, że zabieg ten odbywa się w pozycji siedzącej, to przy sprawach, przebiegających ze wzmożonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym, ciśnienie to dochodzi nieraz do 70 — 80 cm. i wtedy ilość płynu, niezbędnego dla określenia ciśnienia, przekracza niewątpliwie liczbę 10 $cm.^3$.

Jeśli więc u chorego ze wzmożonym ciśnieniem za pomocą przyrządu Thurzo wypuścimy najmniejszą choćby ilość płynu (2 cm. sz), to przy omawianej technice będziemy zmuszeni wypuścić z kanału conajmniej 12—14 cm. sz. płynu (10 — 12 cm. sz. do manometru i 2 do probówki), co u chorego ze sprawą uciskową wogóle, szczegolniej zaś w tylnej jamie, jest najzupełniej przeciwwskazane.

Kilka słów o odczynach kłaczkowych Meinicke'go i Sachs-Georgi'ego dla rozpoznawania kiły

podał

J. Rosenberg.

(Streszczenie odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu naukowym w Szpit. na Czystem dn. 23. VI. 1922 r.).

Chcąc przedstawić Sz. Kolegom w krótkim zarysie teoretyczne podstawy i istotę odczynów Meinicke'go i Sachs-Georgi'ego dla rozpoznawania kiły, zmuszony jestem uprzednio zatrzymać się na chwilę na odczynie Wassermann'a.

Odczyn ten, choć opiera się na znanych doświadczeniach Bordet'a i Gengou, jak wiadomo obecnie, nie ma w sobie nic swoistego, a pierwotny pogląd, że zależy on od obecności w surowicy swoistych niweczników i że jest zjawiskiem odpornościowym, dawno już upadł. Dopóki nie wiedziano, że surowice kiłowe mogą dawać odczyn W-a z wyciągami narządów normalnych, przypuszczano, iż tworzy się on pomiędzy swoistym antygenem i swoistym przeciwciałem. Gdy jednak przekonano się, iż wyciągi z narządów normalnych dają z surowicami kiłowemi wyniki równie dodatnie, jak i wyciągi z narządów kiłowych, przestano uznawać za niweczniki ciała, zawarte w surowicy chorych kiłowych, a reagujące z wyciągami. To też starano się wytłomaczyć odczyn W-a zjawiskami fizyko-chemicznemi, zachodzącemi pomiędzy surowicą a wyciągiem.

Najnowsze prace samego Wassermann'a, Landsteinera, Friedemann'a, Klingera i Hirszfelda pozwalają głębiej wejrzeć w istotę odczynu tego. Według tych badań bowiem sądzić należy, iż zawarte w surowicy chorych kiłowych globuliny, które zresztą znajdujemy i w surowicach normalnych, odznaczają się szczególnym powinowactwem do lipoidów wyciągu i niższym stopniem dyspersji t. j. mniejszą rozpuszczalnością. W odczynie W-a następuje połączenie obu tych ciał, a wynikiem tego niewidzialna dla oka precipitacja, powodująca inaktywację dopełniacza, a co zatym idzie, zahamowanie hemolizy.

Wychodząc z tego założenia, wielu badaczy dążyło do

uproszczenia bądź co bądź złożonego badania na odczyn W-a, wymagającego, jak wiadomo, wielu odczynników, (nie zawsze dostępnych); starano się tedy stworzyć metodę, przy której występowałoby widoczne dla oka bezpośrednie połączenie obu działających na siebie ciał.

Już w krótkim czasie pod odkryciu odczynu W-a były ogłaszane rozmaite sposoby—s t r ą t o w e; wspomnę tu chociażby o metodzie Porges'a i Meier'a, którzy dodawali do surowicy lecytyny lub Klausnera, który w tym samym celu używał wody destylowanej, wreszcie Meiera, E l i a s a, Neubauera i Salamon'a, którzy otrzymywali strąty przy pomocy glykocholatu sodu. Wszystkie te metody b. często dawały strąty nieswoiste, to też obecnie mają one już tylko znaczenie historyczne.

Z nowszych metod precypitacyjnych wyróżniają się odczyny kłaczkowe Meinick'ego i Sachs — Georgi'ego. Według Meinickego substancja swoista surowicy kiłowej jest globuliną, a punktem wyjścia odczynu jest różny stosunek globuliny surowicy i lipoidów wyciągu do wody destylowanej i rozczynów soli kuchennej. Lipoidy rozpuszczają się w wodzie, a strąca się je po dodaniu rozczynu soli; globuliny zaś odwrotnie, opadają po dodaniu wody i rozpuszczają się po dodaniu rozczynu soli. W razie odczynu ujemnego globuliny surowicy, nie łącząc się z lipoidami wyciągu, pozostają wolne i zachowują własność strącania się po dodaniu wody i ponownego rozpuszczania w rozczynie soli. W razie zaś wyniku dodatniego, globuliny, łącząc się z lipoidami wyciągu, tracą swoją pierwotną własność opadania i rozpuszczalności. Na tej podstawie opierają się 3 modyfikacje odczynu Meinickego, z których praktyczne zastosowanie ma t. zw. odmiana trzecia.

Dla wykonania próby na odczyn ten odmierzamy niezbędną ilość wyciągu, przyrządzonego według odpowiednich przepisów z serca końskiego i uprzednio wymiareczkowanego; następnie mieszamy z połową ilości wody destylowanej, a po godzinie dodajemy szybko 7-krotną ilość stężonego, 2% rozczynu soli kuchennej. Rozczyn ten zwiększa czułość wyciągu, dzięki czemu tworzy się połączenie stałe i trwałe z globuliną surowic kiłowych i czyni je nierozpuszczalnemi, globuliny zaś, niepołączone z lipoidami, nie opadają, dzięki obecności soli. Technika samego odczynu jest nadzwyczaj prosta: do 0,2 cm. ba-

danej surowicy, inaktywowanej przy 56° C., dodajemy 0,8 cm. rozcieńczonego wyciągu, silnie kłócimy, pozostawiamy w cieplarce przy 37° do następnego dnia i wtedy odczytujemy wyniki przy pomocy lupy.

W surowicach normalnych niema żadnego osadu, w kiłowych otrzymujemy mniejszą lub większą ilość kłaczków.

Odczyn Sachs-Georgi'ego jest w pewnym stopniu podobny do odczynu Meinick'ego.

Tutaj, jako antygenu, używamy alkoholowego wyciągu z serca wołowego (1:5), do którego dodajemy 96% wyskoku i 1% rozczynu alkoholowego cholesteryny, a mianowicie do 100 cm.³ antygenu dodajemy 200 cm.³ 96% alkoholu i 13,5 cm.³ 1% rozczynu alkoholowego cholesteryny. Dla odczynu antygen rozcieńczamy z rozczynem fizjologicznym w stosunku 1:6 w ten sposób, że do 1 części wyciągu dodajemy szybko 1 część rozczynu fizjologicznego, mieszamy dobrze i dodajemy znów szybko 4 pozostałe części. Nastawianie samego odczynu jest następujące: do 0,2 cm. surowicy inaktywowanej dodajemy 1 cm. fizjologicznego rozczynu soli i 0,5 rozcieńczonego wyciągu. Probówki z dobrze zmieszanym płynem, pozostawiamy w cieplarce do następnego dnia, poczym odczytujemy wyniki pod aglutynoskopem.

Surowice normalne są zupełnie przezroczyste lub lekko opalizujące, w surowicach zaś dodatnich stwierdzamy obecność ziarenek na ciemnym tle. Strąty, występujące w odczynach kłaczkowych, jak pokazały badania Szerr'a, Niderhofa, Epsteina i Paula, rozpuszczają się w eterze i alkoholu, a składają się według nich z lipoidów, pochodzących z lipoidów wyciągu. Według Klosterman'a i Weisbacha w kłaczkach znajduje się też dość znaczna ilość globuliny (1 część na 9 części lipoidów), które tworzą delikatną otoczkę wokół cząsteczek lipoidowych. Streszczając wszystko wyżej powiedziane, możemy osiągnąć następujące wnioski:

1) tworzenie się kłaczków w odczynach Meinickego i Sachs-Georgi'ego jest wynikiem zjawisk fizyko-chemicznych, zachodzących pomiędzy swoistą substancją surowicy kiłowej, najpewniej globuliną, a lipoidami wyciągu, przyczym następstwem jest strącanie głównie ziarenek lipoidowych wyciągu, a po części i globuliny surowicy;

2) odczyny kłaczkowe M-ego i S-G i odczyn W-a są to odczyny równoznaczne co do istoty; różnica polega na tym, że w odczynie W-a ściślejszy stosunek, zachodzący pomiędzy lipoidami wyciągu i globuliną surowicy kiłowej przejawia się w postaci zniszczenia dopełniacza, a co zatym idzie, zahamowania hemolizy, w odczynach zaś kłaczkowych wykładnikiem są mniejsze lub większe strąty.

Co się tyczy praktycznego znaczenia omawianych odczynów, to zdaniem większości badaczy, nie mogą one tymczasem zastąpić odczynu W-a.

Wyniki odczynu M-ego i W-a są zgodne w 90—95% przypadków, S-G-ego i W-a w 86% (Kafka), do 88,5% (Evening) przypadków. W przypadkach 1 — rzędowego przymiotu, kiedy odczyn W-a jeszcze choroby nie wykazuje, obydwa odczyny kłaczkowe nieraz dają już wyniki dodatnie, w leczonych zaś przypadkach kiłv, kiedy metoda W-a daje już wynik ujemny, odczyny M-ego i S-ego dają jeszcze wyniki dodatnie.

Dodać należy, iż odczyny M-ego i S-G. dają od czasu do czasu nieswoiste strąty, z drugiej strony zdarzają się surowice, według W-a zupełnie dodatnie, nie dające jednak żadnych kłaczków ani z wyciągiem M-ego, ani też S-G-ego.

W pracowni szpitalnej wykonywamy odczyn M-ego od kwiet. 1922 r.; do tej pory wykonano łącznie 120 prób, z tych mieliśmy wyników, zgodnych z W-em 110, co stanowi 92%; z wyników niezgodnych w 6 przypadkach była różnica tylko w stopniu dodatniego wyniku; w jednym przypadku przy W-ie ujemnym M-e dał + i w 3 przypadkach dodatniego W-a, odczyn M-ego dał wynik ujemny.

Zmysł powonienia w diagnostyce klinicznej

podał

Z. Srebrny.

Streszczenie odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu klinicznym w Szpitalu na Czystem d. 23. VI. 1922 r.

Motto: Qui bene sentit, bene diagnoscit.

To, co mam zamiar tu powiedzieć, nie będzie czymś nowym, będzie raczej przypomnieniem rzeczy znanych, a ma

na celu zachętę do podjęcia metody badania, którą stosowali lekarze wszystkich epok i krajów. Mówiąc zaś o stosowaniu diagnostyki węchowej, nie tyle będę miał na myśli korzystanie z zapachu, który się sam narzuca zmysłowi powonienia, ile szukanie go tam, gdzie tak jaskrawo nie występuje: mam na myśli, że użyję wyrazu, ukutego na wzór wyrazów „wsłuchiwanie się“ i „wpatrywanie się“, — „wwąchiwanie się“ w chorego lub w jego wydaliny czy wydzieliny w celu znalezienia właściwej chorobie woni.

Od zamierzchłej starożytności jeszcze do niezbyt dawnych czasów lekarze wysoko cenili zmysł powonienia w rozpoznawaniu chorób, w naszych jednak czasach liczba zwolenników tej metody badania stała się bardzo znikoma. Posselt nprz. [1]) w r. 1912 powiada: „Lekarz praktyk powinien częściej, niż to się dzieje zazwyczaj, korzystać ze zmysłu powonienia przy badaniu chorych“. Zaniedbywanie badania za pomocą nosa tłomaczy się może nie tyle mniejszą niż wzroku i słuchu doskonałością zmysłu powonienia, ile: 1) większą podatnością jego do psucia się skutkiem wystawienia narządu tego zmysłu na rozmaite szkodliwości i 2) niemożnością korygowania nabytych lub wrodzonych wad, co w cierpieniach oka i ucha daje się osiągnąć. Do osłabienia powonienia przyczynia się niewątpliwie i palenie tytoniu, zwł. u tych, (Er. Ebstain [2]), którzy noszą wąsy lub brodę, wzgl. jedno i drugie, gdyż we włosach zatrzymuje się długo dym, stanowiący przeszkodę przy wąchaniu. Trudność stanowi też określanie odcieni rozmaitych zapachów, wzgl. porównania ich z daną wonią, jak również demonstrowanie danego zapachu. Ale najbardziej bruździą tu, zdaje się, liczne metody laboratoryjne: bakterjologiczne, hematologiczne, serologiczne, chemiczne, wreszcie rentgenologiczne i n. inn., których rozwój grozi do pewnego stopnia też uznawanym jeszcze dzisiaj metodom badania za pomocą wzroku, słuchu i dotyku.

Wielką bowiem byłoby wygraną rozpoznanie za pomocą

---

[1]) Wien. Med. Woch. 1912, № 2—6.

[2]) Würzb. Abh. aus d. Gesamtgeb. der prakt. Med. Bd. 20. H. 10—12, 1920 r.

powonienia choroby, zwł. zakaźnej, w okresie wylęgania lub wtedy, gdy brak jeszcze wyraźnych objawów klinicznych; a metoda laboratoryjna też nie jest w stanie rozstrzygnąć rozpoznania o czym, zresztą, później jeszcze będzie mowa.

Według Jägera [1]) choroby są dostępne powonieniu; powodzenie znachorów często ma swoje źródło w rozpoznawaniu choroby nosem i „niezbyt odległy jest czas, kiedy profesorowi medycyny nie wolno będzie tej strony diagnostyki lekceważyć.“ Schürer von Waldheim [2]) żąda, aby młodzież lekarska uczyła się w szpitalach diagnostyki węchowej (Richdiagnostik).

Nie będę nużył uwagi Szan. Kolegów szczegółowym wyliczaniem rozmaitych form chorobowych, w których powonienie daje nam mniej lub więcej pewne wskazówki rozpoznawcze.

Zaczynając od skóry, przypomnę znaną, podobną do zapachu myszy woń strupnia (Favus). Chorobliwe pocenie się nóg odznacza się charakterystycznym zapachem. Zupełnie inny, również charakterystyczny jest zapach potu pod pachami. O zapachu innych chorób skóry nie znalazłem obfitszych wiadomości.

Cuchnąca ropa jest objawem spraw przewlekłych usznych, natomiast w ostrych ropa nie cuchnie. Zwłaszcza wstrętny zapach ma ropa uszna w razie cierpienia kości i w przypadkach guza perlistego *(cholesteatoma)*.

T. zw. *foetor ex ore* może mieć swoją przyczynę w narządach jamy ustnej, gardzieli lub nosie, jak również w głębszych drogach oddechowych. Bardzo charakterystyczna jest woń chorych na cuchnący nieżyt nosa. Dawniej z samego zapachu rozpoznawałem twardziel dróg oddechowych; mówię, że rozpoznawałem, gdyż od wielu lat jej nie widuję. Zapach ten jest pokrewny woni ozaeny, jednak mniej przenikliwy.

Zupełnie inna jest woń czopów w migdałkach. Ropne zapalenia zatoki szczękowej—po grypie, płonicy, durze — rzadziej odznaczają się złą wonią, niż ropienie pochodzenia zębowego; ropa i powietrze wydychane zawsze wtedy mocno cuchnie. Znany jest wstrętny odór wydychanego powietrza

---

[1]) Patrz: Schürer v. Waldheim Die perkutane Entgiftung. 1908.
[2]) 1903 r. cyt. u Er. Ebsteina.

w przypadkach rozszerzenia i zgorzeli płuc. Nierzadko jednak *foetor ex ore* zależy od chorób przełyku i żołądka. Wymiociny w zatruciu moczowym mają zapach amonjakalny; po zapachu wymiocin można rozpoznać zatrucie alkoholem, fosforem, makowcem, arszenikiem. Niedrożność kiszek lub przetokę żołądkowo - kiszkową rozpoznać można według zapachu kałowego wymiocin.

Kał chorych na czerwonkę ma często zapach nasienia męzkiego. Po zażyciu arszeniku, terpentyny i środków inn. kał ma odpowiedni zapach. W przypadkach fermentacji kiszkowej kał ma swoisty zapach kwaśny. Gnicie zawartości kiszkowej, jak również kał, pozbawiony żółci, odznaczają się wstrętnym, cuchnącym odorem. Silny zapach amonjakalny dowodzi rozkładu moczu. Szczególny zapach zgnilizny ma rozkładający się białkomocz. Kałowy zapach moczu dowodzi połączenia dróg moczowych z kiszkami. Znany jest zapach fijołków moczu po zażyciu terpentyny, a po spożyciu szparagów wstrętny zapach metylmerkaptanu. Starzy lekarze utrzymywali, że mocz histeryków i hipochondryków, bezpośrednio po jedzeniu, ma zapach spożytych potraw. Po zażyciu atofanu mocz czuć tym środkiem. Umber[1]) twierdzi, że przy pewnej wprawie rozpoznać można choroby nerek według wydychanego przez chorych powietrza. W zatruciu moczowym powietrze wydychane i wyziewy skórne mają zapach uryny.

Chorzy na marskość wątroby szerzyć mają jakiś szczególny zapach. Pel[2]) nprz. utrzymuje, że ludzie z dobrym powonieniem czują przy łożu chorych na marskość wątroby zapach, zbliżony do trupiego. Według Eichhorsta przenikliwa, przyjemna, jakby powideł woń, jest cennym środkiem rozpoznawczym rozpoczynającego się lub odbytego już pęknięcia bąblowca wątroby. Jeżeli, co się rzadko zdarza, bąblowiec otwiera się do dróg moczowych, to mocz ma szczególny aromat.

Kobiety podczas miesiączkowania wydają szczególny zapach z ust i wyziewów skórnych. Bumm odróżnia *lochia*

---

[1]) Berl. kl. Woch. 1916. № 47.
[2]) 1909 (cyt. u Er. Ebsteina).

uterina i *lochia vaginalia*; pierwsze, jałowe, nie mają zapachu, drugie zawierają dużo drobnoustrojów, wydają niemiłą woń.

O złej woni rozpadających się nowotworów złośliwych wie każdy lekarz. Okres acetonowy w moczówce cukrowej rozpoznać się daje według zapachu acetonu w wydychanym powietrzu i moczu. Pamiętać jednak należy, że ten sam zapach daje stan dłuższego głodzenia się.

Gdy atoli wszystkie te stany chorobowe przeważnie dają się rozpoznać nietylko według zapachu, ale i z innych objawów, to rzecz przedstawia się nieco inaczej w ostrych chorobach zakaźnych. Już wspominałem wyżej, że w okresie wylęgania nie mamy tu żadnych objawów rozpoznawczych, w początkowych zaś okresach choroby metody laboratoryjne i objawy kliniczne nie dają nam stanowczej odpowiedzi co do natury cierpienia. W tych przypadkach rozpoznanie choroby za pomocą powonienia miałoby niezmiernie doniosłe znaczenie przedewszystkiem dla profilaktyki, a potym i dla rokowania i leczenia.

Czy ostre choroby zakaźne mają specyficzną woń? Już Hippokrates odpowiedział na to pytanie twierdząco: „I nos daje często trafne wskazówki w chorobach gorączkowych, których zapach jest bardzo różnorodny.“ Ozanan (1817 r.) pisał: „Większa część zarazków, a szczególnie tych, które wywołują choroby gorączkowe, ma specjalną woń, według której lekarz wprawny może je rozpoznać“, i wylicza rodzaje zapachu, właściwe rozmaitym chorobom zakaźnym. I lekarze niemieccy XIX wieku (Jakób Henle, Heim) rozpoznawali podług woni szkarlatynę, odrę i różyczkę; brak jednak zgodności między nimi pod względem określania tego zapachu. Heim porównywa zapach szkarlatyny z wonią powietrza piwnic berlińskich handlarzy wiktuałów, starych śledzi i serów, inni mówią o zapachu rybim w płonicy. Gdy Heim dla odry uważa za charakterystyczny zapach słodkawy, to Naumann określa go jako kwaskowaty. Heim, na zasadzie podobieństwa woni różyczki do woni szkarlatyny, uważa pierwszą za odmianę drugiej, gdy my raczej skłonni jesteśmy upatrywać podobieństwo różyczki do odry. Er. Ebstein, z którego pracy przeważnie czerpałem materjał do tego odczytu, przytacza wiarogodną i cenną obserwację pewnej damy, która (zarówno jak i jej

matka) z zapachu skóry i moczu trafnie przepowiedziała szkarlatynę u swej siostry. J ä g e r, który stwierdził, że bielizna dziecka po szkarlatynie miała zupełnie inny zapach, niż przed nią, posuwa się nawet tak daleko, że odporność względem przebytej choroby zakaźnej tłomaczy tem, iż choroba pozostawiła w ustroju substancję, nieprzyjemną dla jej pasorzyta, a która musi być dostępna powonieniu.

Powonienie przeciętnego człowieka nie wystarcza zazwyczaj do rozróżniania tych zapachów, tylko pewne jednostki, jak np. S a i n s, który specjalnie ćwiczył ten zmysł, ową swoistą woń są w stanie wyczuć. Wychodząc z tego założenia, K r a s n o g ó r s k i [1]) w Strasburskiej klinice pedjatrycznej przedsięwziął szereg badań z psami, których zmysł powonienia jest o wiele czulszy, niż ludzi. Szło o odpowiedź na pytanie, czy pies jest w stanie odróżniać rozmaite choroby zakaźne na zasadzie zapachu.

W tym celu dawano psu, odpowiednio przygotowanemu do badań nad t. zw. warunkowym odruchem ślinowym Pawłowa, do wąchania zdrowe i chore dzieci oraz ich bieliznę. Doświadczenia te nie potwierdziły przypuszczenia, że dzieci chore na płonicę odznaczają się jakimś szczególnym zapachem. K r a s n o g ó r s k i nie uważa jednak wyniku tych badań za ostateczny.

Z innych chorób zakaźnych mówiono (M u r c h i s o n) o mysim zapachu duru wysypkowego. B ä u m l e r w r. 1909 opisał przebieg swego tyfusu plamistego (w Londynie 1871 r.) i tak o objawie powyższym mówi: „Nie chcę zbyt wielkiej wagi kłaść na szczegół, że od dnia choroby miałem wrażenie, iż czuję charakterystyczny dla tej choroby zapach myszy“. Jedni nazywają woń duru nieprzyjemną, inni porównywują ją z zapachem gnijącego siana lub chorych na ospę, inni znowuż z zapachem rozkładającej się limfy, a G e r h a r d nazywa ją amoniakalną, kłującą, nieprzyjemną, inni wreszcie podobną do zapachu myszy. F o d e r r é podczas epidemji (1794) w wojsku francuskim określił tę woń, jako mdło-słodką, zaś podczas epidemji w r. 1799 chorzy mieli szerzyć jakoby woń czosnku.

---

[1]) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 78. 1913.

Tyle o durze plamistym. Dur brzuszny rzadko tylko ma powodować szczególną woń. Jedna z pielęgniarek w Londynie zapewniała Murchisona, że zawsze jest w stanie odróżnić dur plamisty na zasadzie jego specyficznej woni od duru brzusznego, który żadnym zapachem się nie odznacza. W żółtej febrze już w końcu pierwszej lub na początku drugiej doby mają niektórzy chorzy wydzielać szczególną woń zgnilizny; Stone miał jakoby zauważyć ją już na 14 dni przed wybuchem choroby. Również Hoffmann utrzymuje, że chorzy na żółtą febrę rozpowszechniają woń trupią.

Pot w gorączce powrotnej ma posiadać charakterystyczny nieprzyjemny zapach. Zapach skóry chorych na ospę ma być cuchnący — potwierdza to Ebstein i angielscy autorowie, a Hufeland mówi o szczególnym zgniłym zapachu oddechu i moczu.

Błonica, zarówno lekka, jak szczególnie ciężka, ma dawać charakterystyczny słodko-zgniły zapach. Według Dornera w lipskiej klinice wewnętrznej objaw ten uważany jest za nieomylny w odróżnianiu błonicy od anginy zwyczajnej, Plaut-Vincentowskiej lub przymiotowej. Również i Strümpell w swoim podręczniku pisze :„Godne uwagi jest, że można rozpoznać błonicę według szczególnego słodko-klejowego zapachu z ust". Takim samym zapachem ma się odznaczać błonica przyranna, na co niedawno zwrócił uwagę Claus Harms. Należy również pamiętać, że jeżeli błonica gardła ma istotnie pewną woń specyficzną, to bywa ona często maskowana zapachem, właściwym zębom spróchniałym lub czopom w migdałkach. Charakterystyczną woń daje często angina Vincenti, której zarazek *bacilus fusiformis* odznacza się tym samym zapachem. Romberg podnosi swoisty zapach niektórych chorych grypowych, który do pewnego stopnia ma przypominać zapach chorych odrowych.

Zastanawiając się nad sprawą swoistej woni, szerzonej przez dotkniętych rozmaitemi chorobami, szczególniej zakaźnemi, należy rozstrzygnąć pytanie, czy woń tę szerzą pewne wyziewy skóry chorych, czy też ich pot. Pod tym względem panuje duża różnica zdań. Gdy dawniejsi autorzy nie wspominają wcale o pocie, to późniejsi zapachy uważane za swoiste kładą na karb wzmożonej produkcji potu. Pot w reuma-

tyzmie ostrym ma zapach wybitnie kwaśny, w reumatyzmie przewlekłym mniej przenikliwy. W cholerze zarówno wydychane powietrze, jak lepki pot, mają mieć silny zapach moczu.

Schürer von Waldheim, Jäger utrzymują, że zapach przy wybuchu choroby zakaźnej jest inny, niż po jej przebyciu. Ten nowy, właściwy danemu osobnikowi zapach, nazywa W. swoistym zapachem antytoksycznym lub odpornościowym. Według W. „całokształt woni choroby zakaźnej składa się z zapachu toksyn i aleksyn ustroju, który wtargnął, i zapachu enzymów oraz antytoksyn komórek ustroju napadniętego. Woń ta jest tak silna, że wobec niej normalna, właściwa danemu osobnikowi woń ginie, a wszyscy dotknięci tą samą chorobą zakaźną wydają tę samą woń. Czy nie zdarzają się tu różnice rasowe, czy delikatne powonienie psa wśród 100 chorych na cholerę nie wyczuje swego pana, czy wreszcie otrzymany z czystych hodowli zapach toksyn drobroustrojów odpowiada specyficznej woni danej choroby, albo czy nie jest on tylko zbliżony do niej,—a jest to prawdopodobniejsze,— co do tego wszystkiego poszukiwań dotąd jeszcze brak“.

Dla dokładności tylko wspomnę jeszcze o swoistym zapachu kostnym (próchnica) martwaków, zgorzeli gazowej, o cuchnącym ropieniu z powodu obecności ciał obcych w jamach ustroju. Tyle o rozpoznawaniu chorób według zapachu.

W roku 1919 opisał Rüdel[1]) „pewną oznakę zbliżającej się śmierci“, którą ma być wyraźna woń trupia wydychanego powietrza. Lekarz amerykański Ishan już w r. 1863 opisał ten *odor mortis*, zapach jakby piżma, którym raz zapachniały jego ręce po dotknięciu się chorego na 33 godziny przed śmiercią jego. Według Eichhorsta dotknięci białaczką i niedokrwistością złośliwą wydają woń trupią na kilka dni przed śmiercią.

Cała ta sprawa rozpoznawania chorób przy pomocy powonienia wydawać się może nam, przyzwyczajonym do ściślejszych metod rozpoznawania: fizycznych, chemicznych i laboratoryjnych wogóle, pewnego rodzaju piękną zabawką, nieza-

---

[1]) Ein sicheres Vorzeichen des Todes. Münch. med. Wochenschr. 1919, № 49.

sługującą na poważne traktowanie. Przytoczyłem już wyżej opinję pod tym względem współczesnych autorów, przepowiadających, że diagnostyka węchowa stanie się i stać się musi niezadługo przedmiotem wykładów klinicznych, a dla zilustrowania ważności zmysłu powonienia w diagnostyce pozwolę sobie przytoczyć następujące spostrzeżenie. Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Otologicznego pewien lekarz przedstawił chorego, u którego rozpoznał ropień mózgu pochodzenia usznego. Po operacji radykalnej, obnażeniu mózgu i kilku nakłuciach ropy nie otrzymał. Uważając tedy, że mylnie rozpoznał ropień mózgu, zabierał się już do zamknięcia rany, gdy wtem przyszło mu na myśl powąchać nóż: nóż cuchnął bardzo silnie. Wprowadził więc do miejsca ukłucia kleszczyki, rozszerzył ranę, skąd zaczęła obficie wypływać ropa. Nos rozstrzygnął tu nie tylko o rozpoznaniu, ale i o życiu chorego.

Qui bene sentit, bene diagnoscit. Trzeba zatym doskonalić zmysł powonienia, a to, co się nam wydaje obecnie niemożliwe, t. j. wyczuwanie zapachu pewnych chorób, zwł. zakaźnych, okaże się w przyszłości faktem dokonanym. Trzeba zapoznać się z zapachem hodowli drobnoustrojów. Dziś już wiemy, że taką wonią swoistą odznaczają się hodowle cholery, czerwonki, laseczników Plaut-Vincent, laseczników okrężnicy. Jak przewiduje Waldheim, choroby, przez te drobnoustroje wywoływane, mają też ten sam lub zbliżony zapach. Trzeba studjować zapach krwi w różnych chorobach, zwł. zakaźnych. Aby ułatwić sobie możność demonstrowania woni rozmaitych chorych, w danej chwili nieobecnych, radzi Waldheim kłaść chorym pod pachy, oczyszczone mydłem i eterem, kawałki waty, pokryte batystem Billrotha i zostawić je na dwie godziny, podczas których chorzy mają się pocić. Mając watę, przepojoną swoistym zapachem i umieszczoną w hermetycznie zamkniętym naczyniu, można przez dłuższy czas ćwiczyć się samemu w rozpoznawaniu tegoż zapachu, jak i demonstrować go innym.

W celu zbadania, w przypadkach *foetor ex ore*, skąd zła woń pochodzi: z nosa, czy z ust, względnie z gardzieli, wydaje mi się korzystnym dla rozpoznania wąchanie wacików, któremi dotykamy się rozmaitych miejsc błony śluzowej nosa, jamy ustnej i gardzieli. Jeżeli okazuje się, że stąd zapach nie

pochodzi, to trzeba szukać, czy jego źródłem nie jest krtań, tchawica, oskrzela, płuca, przełyk lub wreszcie żołądek.

Te i inne sposoby badania naprowadzić nas mogą na właściwą drogę korzystania ze zmysłu powonienia w diagnostyce klinicznej.

Wreszcie chciałbym jeszcze tę metodę badania klinicznego ochrzcić właściwym mianem łacińskim, analogicznie do nazw: *inspectio*, *auscultatio*, *palpatio*. Zapytywany o to dobry znawca łaciny sądzi, że badanie za pomocą powonienia oznaczyć można tylko przez „*odoratio.*" Niech więc do znanych i uznanych metod badania: *inspectio*, *auscultatio et palpatio* przybędzie nie dosyć w naszych czasach estymowana **odoratio.**

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 22 września 1922 r.

(Zakończenie)

Przewodniczył Lubliner

Lubelski. **Pokaz chorej po operacji mięsaka oczodołu.**

Z. M., lat 14, od paru tygodni skarżyła się na ból w oku lewym; stopniowo rozwinął się wytrzeszcz tego oka i niedowład ruchów jego ku górze. U wewnętrznego kąta szpary ocznej L. wyczuł dotykiem guz, który drążył nad gałką do oczodołu. Operację wykonano w uśpieniu chloroformowym. Cięciem — jak do operacji Kiliana—odsłonięto guz (wielkości małego włoskiego orzecha) i odłączono go wraz z okostną od górnej ściany oczodołu. Jak się okazało, guz drążył głęboko ku tyłowi, a że był też zrośnięty z otoczką Tenona, trzeba było i te zrosty poprzecinać. Rychłozrost na 7-my dzień; wytrzeszcz znikł; wzrok zupełnie zachowany.

Klejn. **Przypadek Erytremji.**

K. przedstawia chorą 44 letnią z typowemi objawami erytremji, które zjawiły się przed 2 laty bez wyraźnego powodu. Skóra jest czerwona—chora wygląda, jakby dopiero co opuściła łaźnię. Twarz wystraszona, oczy zaczerwienione. Przypadek wyróżnia się przez kolosalne powiększenie śledziony, zajmującej cały prawie brzuch. Pozatym powiększenie wytroby, objawy zapalenia nerek i charakterystyczne zmiany na dnie oczu. We krwi 8100000 krwinek, 112°/o hemoglobiny i 17200 leukocytów z obrazem neutrofilowym. Dużo erytroblastów i płytek. Krzepliwość 20 m.

Chora będzie leczona fenylhydrazyną. K. zwraca uwagę, iż opisują przejście erytremji w białaczkę, co przemawia za analogją omawianej choroby z białaczką — bujanie układu erytroblastycznego w pierwszej a leukoblastycznego w drugiej—stąd możliwe przejścia.

W dyskusji Luxenburg podkreśla, że są przypadki polyglobulji, które nie wiążą się z powiększeniem narządów krwiotwórczych, np. u kobiet, w okresie pokwitania i n. inn. stanach chorobowych; narządy wydzielania wewnętrznego wpływ tu swój mają.

Higier omawia sprawę ze stanowiska neurologa —2-ch chorych jego miało szalone bóle głowy, osłabienie pamięci, nawet napady dysfazji (być może towarzyszą temu jakie drobne wylewy).

Lubliner pyta o stosunek *erytremji* do *morbus coeruleus.*

Klejn w odpowiedzi zaznacza, że przypadki poliglobulji, o której wspominał kol. Luxenburg, są zjawiskiem wtórnym. K. podkreśla, że w wadach serca spostrzega sie często znaczne powiększenie liczby czerwonych ciałek krwi, szczególnie we wrodzonej wadzie serca *(morbus coeruleus).* W Erytremji, pomimo rozszerzenia naczyń, wylewów samoistnych niema, lecz, w razie skaleczenia, rana krwawi obficie i długo; stosunkowo często tworzą się zakrzepy. Co do połączenia, względnie przejścia jednej w drugą 2 odmiennych chorób: *leukemji* i *erytremji,* to w białaczce liczba erytroblastów niekiedy bywa również b. powiększona, zajęte są często jednocześnie elementy leukoplastyczne i erytroplastyczne. K. omawia następnie stosunek wzajemnego wpływu na siebie działalności śledziony i szpiku kostnego. O udziale narządów wydzielania wewnętrznego w powstawaniu erytremji dotąd nic niewiadomo, pewną rolę zdaje się tu gra śledziona.

Thursz. **Przypadek pęknięcia wodogłowia podczas wydobycia płodu.**

Bardzo rzadkie tego rodzaju powikłanie porodu odbyło się w warunkacb następujących: wieloródka, lat 36, która dotychczas miała porody normalne. Bóle ostatniego porodu rozpoczęły się o godzinie 10 rano, wody płodowe odeszły o 12-ej. Brzuch był duży, a dno macicy leżało o 2 palce niżej wyrostka robaczkowego. Część duża jedna mieściła się po stronie lewej nad pępkiem, druga nad spojeniem łonowym, była mało ruchoma. Z prawej strony, nad pępkiem, leżały części drobne. Tony serca płodu były wyraźne, po stronie lewej. Bóle rzadkie, niezbyt silne. Zastrzyknięto 1 amp. pituiglandolu bez wyniku.

Badanie wewnętrzne: rozwarcie na 3 palce, przodująca część gładka, dość twarda, bez owłosienia, szwów czaszkowych się nie wyczuwa; z prawej strony przy wardze przedniej twór przypominający mosznę. T. przyjął położenie za pośladkowe. O północy powtórne zastrzyknięcie pituiglandolu. Zrazu bóle silne, później jednak prawie zupełnie ustały.

Wobec wyczerpania rodzącej Th. przystąpił o godz. 7 rano do wydobycia płodu. Ujście . rozwarte na 4$^1/_2$ palca; przez ujście, zamiast przypuszczalnego pośladka, silnie wypinał się twór, przypominający brzuszek płodu. Po wprowadzeniu palców głębiej, do macicy, Th. chwycił za nóżkę i dokonał obrotu. Podczas uciążliwego wydobywania główki, sposobem Wiegand— Martin'a, nastąpił odgłos trzasku, pochodzącego z wewnątrz macicy, jakby odrywającej się główki, — po chwili jednak główkę wydobyto. Okazało się, że płód był nieżywy, o olbrzymim wodogłowiu, ze znacznym peknięciem powłok czaszki w okolicy prawego szwu ciemieniowego. Długość pęknięcia 9 cm., szerokość około 2 cm. Pęknięcie sięgało wgłąb do mózgu. Objętość głowy 70 cm., ilość płynu około 3 litr. Połóg beż powikłań. (patrz rys. 5).



Rys. 5

Przypadki wodogłowia płodu należą do zboczeń rozwojowych b. rzadkich. Lachapelle i Dugés na 43555 porodów mieli w 15 przypadkach wodogłowie, Winckel w 8-iu z 15000 porodów, Sickel w 11-u na 6558 porodów i t. d. Przyczyna wodogłowia płodu nie jest jeszcze dobrze znana. Niektórzy uzależniają je od przebytych chorób matki lub płodu; znane są przypadki kilku z rzędu porodów płodu z wodogłowiem. West. i Olivier uważają puchlinę matki za czynnik, sprzyjający tworzeniu się wodogłowia; ostatnio w tym względzie coraz większą wagę przywiązują do kiły rodziców. Wodogłowie płodu łączy się często z innemi wadami rozwojowemi (rozszczepienie kręgosłupa, obust. stopa szpotawa, puchlina brzuszna i t.d). Trudności odróżnienia wodogłowia od mocno napiętego pęcherza płodowego, pośladków lub nawet tułowia przy badaniu wewnętrznym podkreśla Bumm i zaznacza, że jest ono łatwe tylko wtedy, gdy się o wodogłowiu w danym wypadku pamięta.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 20 października 1922 r.

Przewodniczył Lubelski.

Natanson. **1) Pokaz trojaczków wydobytych za pomocą cesarskiego cięcia; 2) pokaz preparatu torbieli jajnika wraz z macicą ciężarną.**

Chora lat 38, po raz pierwszy w ciąży; od paru tygodni przebywała na odd. wewnętrznym z powodu wady serca (niedomykalność zastawki dwudzielnej) i zajęcia nerek. Zaburzenia w małym krwiobiegu, obrzęk kończyn dolnych i powłok brzusznych oraz zwiększająca się stale ilość białka i wałków w moczu zmusiły N.. do wykonania cesarskiego cięcia w połowie ostatniego miesiąca ciąży, przed wystąpieniem bólów porodowych. Po nacięciu macicy uwypuklił się pęcherz płodowy, obok niego ukazał się rąbek drugiego pęcherza. Wydobyto płód płci męskiej i bezpośrednio potym łożysko, leżące na prawej stronie macicy. Wówczas uwidocznił się bardzo napięty pęcherz drugi, z którego wydobyto płód płci żeńskiej. W celu usunięcia łożyska drugiego wprowadzono rękę do macicy i tu na tylnej ścianie okazał się trzeci płód, również płci żeńskiej, który wydobyto, a za nim duże łożysko wspólne. Dzieci dobrze rozwinięte, ważą razem 6500 gr. Połóg, powikłany zapaleniem płuc i opłucnej, zakończył się pomyślnie.

2) Preparat torbieli jajnika wraz z macicą ciężarną N. wydobył za pomocą cięcia brzusznego u chorej, która od kilku lat skarżyła się na coraz znaczniejsze osłabienie kończyn. Chód utrudniony (spastyczny), drżenie rąk i nóg. Od 2 miesięcy zatrzymanie perjodu, objawy ciąży i pogorszenie stanu ogólnego.

Kol. Flatau rozpoznał stwardnienie rozsiane, daleko posunięte i stwierdził, że ciąża znacznie pogarsza stan układu nerwowego.

Badanie organów rodnych wykazało macicę, odpowiadającą dwumiesięcznej ciąży i torbiel prawego jajnika wielkości pomarańczy.

Cięcie w smudze białej. Torbiel wraz z trzonem ciężarnej macicy usunięto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Herman **Naczyniak jamisty mózgu. Krwotok nadśród i podtwardówkowy rdzenia.** (Z oddz. dr. med. Flataua streszcz. odczytu).

Chora, lat 40, 7 miesiąc ciąży, nieprzytomna. Przed 10 laty pierwszy napad drgawek,—dotąd nie powtarzał się. W 3 i 5 miesiący ciąży obecnej ponowne napady. 4 dni przed przybyciem do szpitala utrata przytomności wśród drgawek ogólnych. Odtąd stan gorączkowy, pamięć zamroczona. Płyn mózgowo-rdzeniowy w dniu przybycia przezroczysty, odczyn Nonne-Apelta słabo +, nieliczne ciałka białe wielojądrzaste.

Następnego dnia stan padaczkowy, napady drgawkowe co kilka minut z pianą na ustach, rozszerzonemi źrenicami, bez odczynu na światło.

Objaw karkowo-źreniczny Flatau'a wyraźny; odruchy ścięgnowe i okostnowe wzmożone, obustronny objaw Babińskiego. Tętno słabo napięte, 90. W moczu ślady białka. Nakłucie lędźwiowe: wydobyto płyn krwawy, niekrzepnący; Odczyn N. Ap. (++). Drobnowidowo około 1000 komórek wielojądrzastych w 1 $mm.^3$, dwoinek meningokokowych nie stwierdzono. Wieczorem chora zmarła. Opony mózgowe i mózg zewnętrznie zmian nie wykazywały. Na przecięciu

czołowym przez tylną okolicę wzgórka wzrokowego, po stronie prawej, w istocie białej zakrętu ciemieniowego dolnego, duże ognisko krwawe znacznej spoistości. Dookoła tkanka o żółtawym zabarwieniu, ku tyłowi ognisko sięga tylnego rogu komory bocznej. Po wyjęciu rdzenia z kanału kręgowego stwierdzono dwa duże skrzepy krwi: jeden na tylnej zewnętrznej powierzchni opony twardej od górnej szyjnej, części do VII odcinka grzbietowego, drugi w postaci spłaszczonej pijawki, na przednich korzeniach grzbietowych, na przestrzeni od III do X pary.

W nacięciach poprzecznych przez rdzeń, zarówno jak w istocie opuszki i komorach mózgowych, krwi nie stwierdzono. Drobnowidowo ognisko krwawe w mózgu okazało się naczyniakiem jamistym (*Haemangioma cavernosum).* W istocie białej, przylegającej bezpośrednio do nowotworu —nadmiernie wybujałe komórki glejowe jedno i wielojądrzaste oraz zgrubienie siateczki glejowej (sprawa odczynowa), natomiast w miarę oddalania się od nowotworu — występuje pełzakowate przeistoczenie komórek glejowych oraz ziarenkowaty ich rozpad. Opony i rdzeń na rozmaitych wysokościach wykazują zastoinę znacznego stopnia w twardówce, ścieńczenie ścian naczyń oraz wylewy krwi do samej tkanki twardówki; w tej nieznaczne nacieki nie z komórek odczynowych. Omówiwszy symptomatologję naczyniaków, H. rozpatruje genezę krwotoków oponowych rdzenia nieurazowego pochodzenia i dochodzi do wniosku, że w danym wypadku przyczyną krwotoków nie był stan zapalny, lecz pęknięcie naczyń opony twardej, wskutek ich kruchości i zastoiny, spowodowanej stanem padaczkowym. Krew z przestrzeni podtwardówkowej przez pajęczynówkę przedostała się do przestrzeni podpajęczynówkowej, co wykazało nakłucie lędźwiowe. Odczynowe zmiany anatomiczne w oponach, (doświadczenia ustalone przez badania Flataua i Tarapaniówny) nie zdążyły się jeszcze tu wytworzyć w większym stopniu, ponieważ krwotoki były dośc świeże.

W dyskusji Goldflam zwraca uwagę, że w przypadkach późnej padaczki należy podejrzewać utajone sprawy mózgowe, a przedewszystkiem nowotwory. Ostatnio coraz bardziej staje się wątpliwe istnienie ściśle samoistnej padaczki. Co się tyczy krwotoków do pajęczynówki, to są one już klinicznie znane, natomiast trudniej dają się rozpoznać krwotoki nad i podtwardówkowe.

Goldstein uważa, że przypadki naczyniaków nie są tak rzadkie. G. widział gołym okiem niedawno, w przypadku operowanym, ogniska krwawe w rdzeniu, które posiadały cechy naczyniaka.

Flatau wątpi jednak, czy można tu było uważać pierwszy napad drgawek za objaw wstępny rozwijającego się nowotworu. W każdym razie należy zawsze pamiętać, że przypadki nowotworów mózgu, istniejących od dłuższego czasu, a rozwijających się powoli, nieraz bez wyraźnych objawów klinicznych, są liczne.

Mackiewicz zapytuje, dlaczego obok tak wybitnej pleocy-

tozy w płynie mózgowo rdzeniowym nie stwierdzono nacieczeń w oponie miękkiej.

W odpowiedzi Herman podkreśla powolny rozwój naczyniaków, przez dłuższy okres czasu bez objawów klinicznych. Ciąża mogła tu się przyczynić do wystąpienia cięższych objawów z powodu zaburzeń w krwiobiegu ogólnym. Na pleocytozę w podobnych przypadkach H. zapatruje się, jako na reakcję biologiczną opon, mogącą wystąpić już w bardzo krótkim czasie po podrażnieniu opon (Flatau i Tarapaniówna) tak, że dużej pleocytozie w płynie mózgowo-rdzeniowym w pewnych okolicznościach nie koniecznie musi towarzyszyć nacieczenie w oponie miękkiej. Co się tyczy ognisk krwawych, spotykanych w rdzeniu albo w mózgu, o czym wspomniał kol. Goldstein, to bez badania drobnowidowego nie należy ich brać za naczyniaki, gdyż wiele nowotworów, w pierwszym rzędzie mięsaki i glejaki, przez wylewy krwi mogą zewnętrznie posiadać cechy naczyniaków.

Gelbfisz. **Wartość lecznicza w przymiocie cytrynianu bizmutu wyrobu krajowego** (patrz art. oryginalny Kwartalnik Kl. T. II. Zesz. I).

W dyskusji Markusfeld uzupełnia referat Gelbfisza przytoczeniem autorów, zwłaszcza francuskich, którzy ostatnio stosowal w przymiocie sole rozpuszczalne i nierozpuszczalne bizmutu. Levaditi stosował trepol (sól sodowo-potasową winianu bizmutu— zawiesinę 10⁰/o w oliwie.) Fournier i Guenot (1921) trepol, przygotowany w nieco odmienny sposób. Jeanselme (1922) używał trepol rozpuszczalny. Fabrèque (1922)—cytrynian bizmutu rozpuszczalny. Felke milanol (sól bizmutowa w zawiesinie, nierozpuszczalna) i t. d. Dawka bizmutu zależy od preparatu: dla cytrynianu rozpuszczalnego 0,1 — 2 razy na tydzień, dla trepolu rozpuszczalnego 0,1 — co 3 dni, dla milanolu 1,5 — co 3 dni.

Niedogodność i powikłania przy stosowaniu soli bizmutowych występują w postaci bólu, który przy niektórych preparatach bywa b. silny, gorączki krótkotrwałej, astenji ogólnej ze zmniejszoną liczbą czerw. ciałek krwi, zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, wytwarzania się szarych obwódek na dziąsłach, pochodzących ze złogów bizmutu, wreszcie białkomoczu. Dalej M. wyraża pogląd krytyczny na działanie lecznicze bizmutu i w zestawieniu z dotychczas używanemi środkami (rtęć i salvarsam), nie przypisuje mu żadnej przewagi. Jeżeli bowiem idzie o krętki, to przeważnie znikają one z objawów pierwotnych i lepieży równie szybko, jak przy leczeniu dotychczasowym. Dodatni Wasserman znika względnie prędko, choć również zdołano już zaobserwować przypadki, w których po 6 tygodn. był jeszcze dodatni. To samo dotyczy długości okresu nie pojawiania się na nowo dodatniego Wasser., czym zresztą w leczeniu przymiotu kierować się nie należy, gdyż Wasser. ujemny nie ma znaczenia, a odczyn dodatni przysługuje się nam tylko w celach

rozpoznawczych. Czy objawy przymiotu (objaw pierwotny, gruczoły chłonne, błony śluzowe) przy stosowaniu bizmutu prędzej znikają niż przy innej metodzie leczenia — trudno odpowiedzieć, tymbardziej, o ile pytanie to dotyczy układu mózgowo-rdzeniowego, gdzie wpływ leczniczy jest słabszy i powolniejszy. Kończąc, M. zaleca dalsze prowadzenie badań nad działaniem soli bizmutu w przymiocie narazie jeszcze w obrębie murów szpitalnych.

Sterling godzi się z Markusfeldem. — Lekarz winien zająć stanowisko wyczekujące, zanim wyda ostateczną opinję w sprawie stosowania wyżej wyszczególnionych nowych środków leczniczych. Przy tej sposobności S. porusza odwrotny stosunek nasilenia pierwszych objawów przymiotu i objawów parasyfilitycznych.

Flatau zaznacza, że byłoby b. pożądane, aby prelegent, mając na oddz. wenerycznym materjał świeży, w przeciwieństwie do oddz. nerwowego, badał w pewnych odstępach czasu płyn mózgowo-rdzeniowy i dowiadywał się, jaki jest los chorych, leczonych bizmutem. Fl. podkreśla ważne znaczenie badania płynu mózgowo-rdzeniowego na Wasserm., jako wczesnej reakcji, występującej w syfilisie układu nerwowego. Należałoby również uzupełnić stosowanie bizmutu w przymiocie przez ściślejsze badania na drodze doświadczalnej (małpy i n. inne zwierzęta).

Rosenberg dodaje, że francuscy lekarze stosowali w licznych przypadkach bizmut kolloidowy śródżylnie z dobremi wynikami.

Stabholz uważa, że bizmut jest środkiem silnym i dobrym. Używany w Szpit. Wojsk. w Białymstoku, dał pomyślne wyniki. Odcz. Wasserm. zachowywał się przytym rozmaicie. Jako jedyny środek w leczeniu przymiotu okaże się jednak prawdopodobnie niewystarczającym.

Merenlender widzi przewagę bizmutu nad rtęcią chociażby w tym, że niszczy bezpośrednio krętki, własności tej rtęć nie posiada.

W zakończeniu Markusfeld wyraża jeszcze swój pogląd w sprawie badań nad przejawami doświadczalnego przymiotu układu nerwowego. Zdaniem M. na tej drodze nie możemy oczekiwać cennych rezultatów, gdyż umiejscowienie się przymiotu w znacznej mierze zależy od skali fizjologicznej funkcji danego narządu w danym organizmie. Tak więc —mówca najczęściej będzie miał przejawy przymiotu w krtani, alkoholik w wątrobie i naczyniach, pracownicy umysłowi w mózgu; u tych często przecież obserwujemy paralysis progress. W doświadczalnym natomiast przymiocie, np. u królików, nie moglibyśmy wywołać objawów przymiotu mózgu, wzgl. tabo paralysis.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 24 listopada 1922 r.

Przewodniczył Luxenburg

Pain. **Przypadek plamicy krwotocznej Werlhof'a.** (Oddz. dr. Lewina).

S. Sz. lat 12, zachorowała przed 7 miesiącami na ogólne osłabienie, brak łaknienia i wysypkę krwotoczną na skórze, przeważnie twarzy

i k. k. d. Przed 5 laty, ropne zapalenie gruczołów chłonnych szyjnych i pod pachą prawą. Ojciec i brat zmarli na suchoty płuc. St. pr.: stan niegorączkowy; budowy prawidłowej; odżywiona miernie. Na szyi, pod pachą prawą blizny po ropnym zapaleniu gruczołów. Na skórze k. k. d. i g. oraz tułowiu z przodu równomiernie rozsiane wybroczyny o wielkości ziarna soczewicy do grochu; w jamie ustnej pojedyńcze plamki krwawe; nieznaczne, prawie że stałe krawienia z dziąseł. W płucach nic szczególnego. U wierzchołka serca, na mostku i tętnicy płucnej lekki szmer skurczowy; wymiary prawidłowe; tętno niemiarowe (arythmia respiratoria).

Od czasu do czasu krwawienie również z nosa oraz wypróżnienie krwawe. Objaw Rumpel-Leede'a dodatni. W krwi nieznaczna limfocytoza, znaczne zmniejszenie liczby płytek: 12000 — 8000 —5000 w mm.^{3} krwi. Czas krwawienia: 18 zamiast 2 minut. Kropla krwi krzepnie prawie równie szybko, jak normalnie. W kale objawy ukrytego krwawienia. Dno oka +. Odczyn Pirquet'a + + +. Mocz norma. Prom. R. wykryto powiększenie gruczołów wnękowych.

Brak objawów typowych białaczki, następnie choroby zakaźnej, wzgl. zakażenia posoczniczego, niedokrwistości złośliwej i wreszcie charłactwa — pozwalą wyłączyć skazę krwotoczną objawową. Gnilca też niema. Przewlekła plamica krwotoczna (pseudohämophilia) ma niektóre objawy kliniczne krwawiączki, ale brak dziedziczności, zaburzeń krzepliwości krwi, wybitna trombopenja, dodatni objaw przepaskowy, pozwalają wyłączyć krwawiączkę. Skaza krwotoczna swoista jest dotąd co do istoty swej mało wyjaśniona, jak wiadomo, obejmuje szereg chorób od *purpura simplex* do śmiertelnej *purpura fulminans*. Według Duke, Fonio, Hess'a, Frank'a plamicę krwotoczną Werlhof'a cechuje trombopenja. Le Sourd i Pagniez opisali przypadek plamicy bez płytek. Ledingham za pomocą surowicy przeciwpłytkowej wywoływał u morskich świnek doświadczalną plamicę.

Kaznelson uważa trambopenję za skutek zwiększonej trombocytolizy w śledzionie. Trombopenja, długotrwałość krwawienia i przepuszczalność naczyń—pozwalają rozpoznać plamicę krwotoczną Werlhof'a. Etjologia tej choroby jest dotąd nieznana; chora ma też, jak wskazano wyżej, objawy gruźlicze, możliwa więc rzecz, że jest łączność między zatruciem gruźliczym a plamicą krwotoczną. Kindberg i inn.)

W leczeniu stosuje się preparaty wapnia, surowicę domięśniowo (Weil); dożylnie krew ludzką; 5% rozczyn Wittepeptonu; dożylnie koagulen, wreszcie Kaznelson radzi splenektomję.

Altkaufer. **Pokaz 2 krwotocznych torbieli jajników.**

Obie torbiele pochodzą od jednej i tej samej chorej, u której A. dokonał cięcia brzusznego.

A. pokazuje tylko ściany torbieli, gdyż guzy podczas usuwania ich uległy pęknięciu, a ciemno - bronzowa ciecz krwista, wylała się z nich do jamy otrzewnej. Każdy guz był wielkości, mniej wię-

cej dwuch pięści męskich; są to zwykłe torbiele wielokomorowe jajnikowe. Na ścianach wewnętrznych widoczne są b. wyraźne ślady przekrwienia, a przez ścianki niepękniętych komór prześwieca krew. Trąbki na obu okazach są zupełnie prawidłowe; zostały usunięte wraz z torbielami ze względów technicznych.

W danym przypadku wylewy krwi powstały na skutek skręcenia obu torbieli. W innych razach krew zjawia się w torbielach, o ile guzy powstają na tle stanów zapalnych lub też mają charakter nowotworów złośliwych. W tych ostatnich przypadkach, z powodu pękania większych naczyń, krew przedostaje się do tkanek wolnych przestrzeni guzów. Prócz tego, krwawienia w torbielach mogą się zjawiać w następstwie nawałów płciowych *(congestio sexualis)*, urazów i, wreszcie, zmian w ścianach naczyń krwionośnych, jak to się np., zdarza w okresie przechodowym *(climax)*, kiedy naczynia ulegają zwyrodnieniu szklistemu.

Torbiele krwotoczne nie należą do rzadkich; A. pokazuje je głównie dlatego, aby móc przedstawić przebieg kliniczny cierpienia u chorej, której torbiele te usunięto. Przypadek ten zasługuje jeszcze, zdaniem A., na uwagę ze względu na trudności, z jakiemi związane było dokładne rozpoznanie i na prawie jednoczesne skręcenie torbieli obu jajników.

Ł. R., lat 36, przybyła 23/X r. b. do oddziału A. ze skargą na bóle w brzuchu, trwające od kilku tygodni. Zamężna od roku. W ciąży nie była. Wogóle była zawsze zdrowa. Miesiączki od 15 roku życia, prawidłowe, co 4 tygodnie, 3—4 dni, bez bólów, nieobfite; ostatnia na 2 miesiące przed przybyciem chorej do oddziału. W 2 tygodnie po tym perjodzie, który wystąpił bez opóźnienia, nagle b. silne bóle w brzuchu. Chora zemdlała, miała mdłości, zrobiło się jej ciemno przed oczyma. Jednocześnie zaczęło się z narządów rodnych krwawienie, niezbyt silne, które ustąpiło po 4 dn.. Bóle uspokoiły się wcześniej. Po 2 tygodniach znowu krwawienie, trwające 8 dni i jednocześnie bóle, podobne do tych, które chora odczuwała 2 tygodnie temu. Wraz z powtórnym wystąpieniem bólów, chora zemdlała, zrobiło się jej również „ciemno przed oczyma"; miała znowu mdłości i wymioty. Skarżyła się na parcie na mocz. Wypróżnienia prawidłowe. Chora zbudowana prawidłowo, odżywiona dobrze. Zabarwienie skóry i błon śluzowych normalne. Ciepłota 36,8., tętno 94, miarowe, o dobrym napełnieniu.

Badanie w uśpieniu eterowym wykazało brzuch miękki, nieco wzdęty. Przez powłoki brzuszne, w okolicy obu dołów biodrowych, wyczuwa się „guzy", niebardzo twarde, okrągłe, mało ruchome.

Badanie przez pochwę wykazało szyję dobrze sformowaną, zamkniętą, miękkawą. Przez sklepienie lewe wyczuwa sią „guz" okrągły, gładki, napięty, dość ruchomy, wielkości 2 pięści męskich. Szyja macicy przechodzi na ciało, które wyczuwa się przez sklepienie prawe i sprawia wrażenie macicy ciężarnej w 3-im miesiącu

ciąży, jest miękkawe, mało ruchome. Wyraźne tętnienie tetnicy macicznej prawej. Z gruczołów piersiowych wyciska się siara.

Ze względu na wywiady (bóle napadowe, omdlenia, nieprawidłowe miesiączkowanie od 2 miesięcy) i wyniki badania (guz w okolicy dołu biodrowego, powiększona macica, obecność siary) rozpoznanie wahało się pomiędzy skręceniem torbieli jajnika lewego i prawidłową ciążą maciczną 3 miesięczną (ograniczoną ruchomość macicy A. tłomaczył zrostami, spowodowanemi skręceniem torbieli) lub też pomiędzy skręceniem torbieli jajnika lewego i ciążą zamaciczną prawostronną (krwiak okołotrąbkowy — *haematocoele peritubaria*). W każdym razie, ciąża wydawała się niewątpliwą. Dokonany jednakże w kilka dni później zabieg operacyjny wykazał skręcone torbiele krwotoczne obu jajników. Torbiele były b. napięte i mocno zrośnięte z macicą, kiszkami i otrzewną ścienną. Ciąży nie było. Wywiady wskazują, że od skręcenia jednej torbieli do skręcenia drugiej minęły zaledwie dwa tygodnie.

Z powodu wylania się niezupełnie pewnej co do jałowości cieczy z obu torbieli do jamy otrzewnej, wprowadzono worek Mikulicz'a.

Chora znajduje się jeszcze w oddziale. Rana goi się prawidłowo, a stan ogólny chorej nie budzi obaw. (Streszczenie własne).

G r y n b e r g. **W sprawie usunięcia odbytu sztucznego w związku z operacją przepukliny pachwinowej uwięźniętej oraz niedrożnością jelit wogóle.** (Z pokazem chorego).

Z. G. l. 52 stolarz, zapisany d. 18 IX 1922 r. z prawostronną przepukliną pachwinową, uwięźniętą.

Od 5 dni wymioty, brak wypróżnienia i wiatrów. Silne bóle brzucha. Ogólny stan dobry. W prawej okolicy pachwinowej guz, twardy, chełboczący, nieodprowadzalny, nadzwyczaj bolesny. Brzuch wzdęty; obfite wybroczyny krwawe podskórne (moszna, pachwina) na skutek prób wtłoczenia przepukliny. Wieczorem operacja cięcia przepukliny. Wokół worka nadzwyczaj silne zrosty, co już nasunęło myśl o stanie zapalnym w worku; ciecz mętna, żółta, o zapachu kałowym, oraz pętla jelita cienkiego — w stanie zgorzeli, na przestrzeni 10 cm. w obrączce zewnętrznej kanału pachwinowego; cały prawie worek przepuklinowy w stanie zgorzeli. Obrączkę zewnętrzną przecięto, uwięźnięcie kiszki zniesiono, jedną pętlę udało się bez przeszkód wyciągnąć z jamy brzusznej, druga zaś była bardzo mała. By uniknąć zanieczyszczenia jamy brzusznej przy hernio - laporatomji i rezekcji kiszki, po zostawieniu zmartwiałej kiszki na zewnątrz, obłożono ją pasami gazy od strony wolnej jamy brzusznej. Wkrótce po operacji wytworzył się odbyt sztuczny i wyciek płynnego kału

Po 15 dniach G. usunął odbyt sztuczny w uśpieniu chloroformowym cięciem wdłuż zewnętrznego brzegu prawego m. prostego. Odszukanie w jamie brzusznej odcinka kiszki do i odprowadzającego, by je zespolić, nie ruszając narazie odbytu, było nie wykonalne, odcinka bowiem odprowadzającego znaleźć nie można było. To też G. wybrał drogę od zewnątrz, od odbytu sztucznego ku jamie brzusznej. Na tępo wydzielono cały odbyt sztuczny, rozcięto kanał pachwinowy, pociągnięto odbyt ku górze, dzięki czemu znaleziono oba odcinki kiszki (odprowadzający był bardzo blizko kątnicy, dlatego też pętli tej w czasie pierwszej operacji nie można było wyciągnąć z jamy brzusznej. Następnie G. wyciął z jelita biodrowego około 15 ctm. od strony odcinka odprowadzającego tuż przy kątnicy, a że wyrostek robaczkowy tkwił w zrostach i przeszkadzał wpochwieniu i obszyciu kikuta kątnicy, to go też usunięto. Następnie C. boczno - bocznym (side to side) sposobem zespolił jelito biodrowe z kątnicą szwem dwupiętrowym. Na 5 dzień po operacji pierwsze wypróżnienie normalne, odtąd szybka poprawa. Wypisany dn. 9 XII w stanie zdrowia dobrym, z raną zagojoną.

Jako uzupełnienie powyższego spostrzeżenia G. podaje opis cierpienia innego chorego Z. P., lat. 51, zapisanego na oddział dn. 8 X 1922 r., a przed 3-ma miesiącami operowanego przez kol. Lubelskiego z powodu uwięźniętej przepukliny pachwinowej wraz z wyrostkiem robaczkowym. Wyrostek wówczas usunięto; rana goiła się częściowo przez ziarninowanie, ponieważ do jamy brzusznej wprowadzono pas gazy. Przed ponownym zapisaniem się do szpitala chory zauważył, że podczas kaszlu z rany pooperacyjnej wypina się zrazu niewielki, lecz stopniowo zwiększający się guz. Nazajutrz było już i zatrzymanie wiatrów, wypróżnień oraz wymioty i bóle brzucha, w ranie—pośrodku blizny pooperacyjnej—uwięzła bowiem pętla jelita, wielkości pięści.

G. w uśpieniu eterowym rozciął obrączkę, uciskającą kiszkę, przyczym stwierdził, że wypięta kiszka jest kątnicą, ma ścianę przerwaną aż do światła, a przez otwór w niej wypadła śluzówka kiszki w postaci grzyba. Śluzówkę przesunięto z powrotem, otwór w kiszce zaszyto jedwabiem. G. nie liczył, aby zeszyta rana kiszki zrosła się wobec zmian zastoinowych w jej ścianie i wobec zanieczyszczenia wydzieliną w ciągu dwóch dni, lecz chciał tylko kiszkę zamknąć, usunąć uwięźnięcie i przywrócić normalne warunki krążenia kału w kiszkach. Trzeciego dnia po operacji chory zaczął się nieco poprawiać, lecz szwy na kiszce zaczęły się rozchodzić, wytworzyła się przetoka kałowa, która niebawem stała się odbytem sztucznym, a śluzówka znowu wysunęła się znacznie na zewnątrz. Dnia 9 XI 22 G. przystąpił do następnej operacji (3-ej z kolei), do usunięcia odbytu sztucznego w uśpieniu chloroformowo-eterowym, cięciem w szmudze białej. Następnie G. wyciągnął odcinek, odprowadzający pętlę jelita biodrowego, jaknajwiecej z jamy brzusznej—o ile pozwalały zros-

ty—przeciął go poprzecznie po zmiażdzeniu miażdżem Doyena, koniec odprowadzający podwiązał, kikut obszył szwem ciągłym z jedwabiu, a koniec doprowadzający wszył do poprzecznicy przez zespolenie end to side. Ranę G. zaszył 3 piętrowym szwem. Piątego dnia po operacji chory miał już wypróżnienie normalne, aczkolwiek od czasu do czasu wyciekał jeszcze w niewielkiej ilości kał przez odbyt sztuczny. Przypisek podczas druku. 19. XII. 22 r. G. przystąpił do ostatecznej operacji usunięcia odbytu w uśpieniu chloroformowo-eterowym cięciem wzdłuż zewnętrznego brzegu m. prostego prawego. Przedtym G. jeszcze ucisnął wypiętą część kątnicy u dołu, przy samej skórze, uciskadłem kiszkowym, nad nim odciął kiszkę, resztę śluzówki przypalił. Następnie cięciem owalnym okroił skórę dookoła uciskadła i po odpreparowaniu jej zawinął i zaszył szwem ciągłym. Liczne i mocne zrosty pomiędzy kiszkami utrudniły znalezienie miejsca poprzedniego przecięcia jelita biodrowego, to też G. znowu przeciął poprzecznie odcinek jelita biodrowego blizko kątnicy, a odcinek doprowadzający, — po uciśnięciu miażdżem Doyen'a, — podwiązał i obszył szwem ciągłym, przykrył też nadmiarem wolnej kiszki, przyszywszy ją do kikuta. Następnie, po podwiązaniu kiszki, wyciął część jelita biodrowego, całą kątnicę i część okrężnicy wstępującej. I ten ostatni zabieg chory zniósł dobrze; trzeciego dnia po operacji zaczął już oddawać wiatry. Obecnie jest nadzieja, że chory niedługo powróci do zdrowia.

Zestawiając powyższe przypadki, G. zwraca uwagę na wspólność postępowania chirurgicznego, które w nich zastosował. W przypadku pierwszym odbyt sztuczny wytworzył się natychmiast po dokonanej operacji i był z nią w ścisłym związku, w przypadku drugim odbyt wytworzył się samoistnie w trzy miesiące po pierwszym zabiegu przez niespodziewane wypadnięcie kątnicy na zewnątrz z niewielkiej rany i pęknięcie jej światła. W obu przypadkach, aby nie narażać chorych z osłabioną działalnością serca, z podrażnieniem otrzewnowym, z nagromadzonemi w kiszkach masami kału na długotrwałe i ciężkie zabiegi, G. wolał zastąpić natychmiastową rezekcję kiszek z obszernym otwarciem jamy brzusznej, kilku lżejszemi zabiegami, ale prowadzącemi pewniej do celu. Następnie G. sądził, że szew kiszkowy po rezekcji w przypadku ostrej niedrożności jelit jest mniej pewny wtedy, kiedy ściana kiszki jest nacieczona, a pęd gazów i kału na powierzchnię świeżo zeszytą sprzyjać może łatwiejszemu zanieczyszczeniu i zropieniu i rozejściu się szwów. Rezekcja zaś kiszki i szew kiszkowy wydały się G. bardziej pewnym zabiegiem wtedy, kiedy jelita chorego przed operacją są należycie oczyszczone, a z wypróżnieniem przeczekać można dni kilka, gdy już nastąpią skleiny w zeszytych powierzchniach. Wykonanie odrazu usunięcia kiszek musi być w każdym razie ściśle indywidualizowane, choć jest zabiegiem może technicznie łatwiejszym, mniej kłopotliwym dla chirurga i chorego, trzeba się jednak zawsze liczyć też z siłami chorego, z ogólnym stanem jego.

W dyskusji Mesz wskazuje korzyści pierwotnej rezekcji jelita w razie zgorzeli, spowodowanej przepukliną uwięźniętą.

Stabholz zaznacza, że chirurg nieraz zmuszony jest odstąpić od tego korzystnego zabiegu i przystąpić do nałożenia odbytu sztucznego. — Na to składa się zwłaszcza ciężki stan chorego, zakażenie pola operacyjnego, wreszcie niemożność wyłonienia pętli zgorzelinowego jelita, bądź z powodu zrostów, bądź z powodu krótkości krezki i t. d. Metoda, podana przez Lubelskiego i przypominająca sposób Mac-Ewena, nadaje się lepiej dla zamknięcia przetoki kałowej aniżeli odbytu sztucznego. Nie może ona tymbardziej znaleźć zastosowania w razie dużego wypadnięcia jelita na zewnątrz, gdzie nakrycie skórą byłoby wprost nie do pomyślenia.

Metoda, którą zastosował kol. Grynberg, aczkolwiek nie jest idealną, gdyż grozi zakażeniem otrzewnej, to jednakże ma tę dobrą stronę, że z łatwością udaje się odszukać odcinki jelita, odprowadzający i doprowadzający, co przy innych sposobach nastręcza niekiedy trudności.

Mesz i Szenkier —**O pyeolografji.**

Szenkier omawia historję pyelografji od 1905 r. aż do ostatnich czasów. Obecnie jest to bardzo ważny środek rozpoznawczy prawie we wszystkich chorobach chirurgicznych nerek, niekiedy nawet niezbędny. Pyelografję ostatnio udoskonalono niezwykle w związku z postępem techniki roentgenologicznej. Kollargol, którego używano prawie do ostatnich lat przy pyelografji, okazał się środkiem stanowczo niebezpiecznym. Dotychczas nie wiemy jednak, na czym polegają szkodliwe skutki kollargolu przy pyelografji. Do 1917 r. Zindel i Rubritius notują z piśmiennictwa 12 przypadków śmierci i 35 przypadków ciężkiego lub lżejszego uszkodzenia tkanki nerkowej po pyelografji z kollargolem.

Szenkier używa ostatnio 25⁰/₀ rozczynu Natrii bromati i z bardzo dobrym wynikiem. Środek to tani, prosty, daje się łatwo wyjałowić i przechowywać w stanie wyjałowionym, o ile dodać trochę Hydrarg. oxycyan. (0,01 gr. na 1 litr płynu). Zdjęcia rentgenowskie przy użyciu tego środka są bardzo wyraźne, przyczym żadnych ubocznych, niepożądanych objawów Szenkier nie spostrzegał. Szenkier omawia następnie szczegółowo oddzielne grupy chorób nerek, w których pyelografja daje bardzo ważne wyniki, a szczególnie w przypadkach różnych zboczeń nerkowych, bądź wrodzonych (Aplasia renis, ren ectopica, ren arcuatus, elongatus) bądź pochodzenia późniejszego (nerka opuszczona, ruchoma); pyelografja daje nieocenione usługi w przypadkach rozszerzenia miedniczki (wodo-roponercze). O znaczeniu pyelografji dla rozpoznania i leczenia roponercza patrz str. 65. Nie mniejsze są korzyści z pyelografji w kamicy nerkowej, nawet w tych przypadkach, kiedy Röntgen bez pyelografji dał wynik ujemny. Dzięki pyelografji możemy zupełnie ściśle określić umiejscowienie kamyka w nerce, w kielichach lub

miedniczce nerkowej, co daje należyty kierunek i plan zabiegu chirurgicznego, aby wiadomo było, jaką operację wykonać, czy nacięcie miedniczki (pyelotomia), czy nacięcie samego miąższu nerki (nephrotomia). Tej ostatniej operacji Szenkier unika, gdyż powoduje zanik miąższu nerki, wtórne pooperacyjne krwotoki. (Szenkier „O nephro- i pyelotomji" 1913 r.). Ostatnią grupą, w której pyelografja niekiedy może być jedynym środkiem rozpoznawczym, są nowotwory nerki; nprz. w przypadkach nadnerczaka czynnościowe rozpoznanie może nie dać żadnych wskazówek. Następnie Sz. pokazuje szereg rentgenogramów, wykonanych w pracowni szpitalnej.

Mesz, omawiając szczegóły techniki rentgenowskiej, którą dla pyelografji stosował u chorych, podkreśla, że nie różniła się ona od zwykłej dla zdjęcia nerkowego, z tą tylko może różnicą, że nie uciskano nerki diafragmą.

Nie bacząc, że wszystkie przedstawione pyelogramy dały odpowiedź na pytanie, z jakim cierpieniem miało się do czynienia w poszczególnych przypadkach, nie ulega jednak wątpliwości, że metoda ta ma i strony ujemne, nieraz może być nawet źródłem błędów rozpoznawczych.

Dlatego też Mesz zwraca uwagę na metodę Eislera, a po nim stosowaną przez w. inn., która znakomicie uzupełnia pyelografję, a nawet całkowicie ją zastępuje.

Zalety te ma t. z. pyeloskopja, pozwala bowiem ujawnić zapomocą promieni R. takie objawy, których klisza dać nie może. Pyeloskopja polega na tym, ze płyn różniczkujący wprowadzamy do nerki, pod kontrolą oka na przezroczu fluoryzującym, w ułożeniu dowolnym chorego na t. zw. trochoskopie.

Przesuwając ekran z lampą Roent., widzimy sposób i stopień napełniania się miedniczki i kielichów, kształt miedniczki i moczowodu w całej ich rozciągłości oraz stosunek ich do otaczających narządów.

Przy pyelografji wskaznikiem ilości różniczkującego płynu, potrzebnej do napełnienia miedniczki, służy uczucie bólu, miara niezbyt pewna, szczególnie u chorych wrażliwych.

Przy pyeloskopji cały przebieg napełniania się miedniczki jest widoczny: na początku powstają w niej oddzielne rozrzucone, niezłączone plamy, w miarę dalszego wprowadzania płynu plamy te zlewają się w jedną, aż otrzymujemy zarys całej miedniczki; w momencie tym, rzeczywiście, chory odczuwa ból.

Zmieniając ułożenie chorego i oglądając obraz w różnych kierunkach, otrzymujemy pojęcie o pojemności miedniczki i kielichów.

Pyeloskopja pozwala z kolei przez obmacywanie pomocnicze odróżnić guz nerki od guzów sąsiednich narządów; pozwala też obserwować ruchy oddechowe i statyczne nerki oraz stopień jej przesuwalności. Ruchy oddechowe nerki narazie znaczenia rozpoznawczego jeszcze niemają.

Ruchy statyczne, zależne od zmiany ułożenia chorego, z pozycji stojącej na leżącą i odwrotnie, możliwe są w granicach 1—2 cm. (Szczegół o znaczeniu przy badaniu nerki ruchomej).

Przy znacznym przesunięciu nerki—na radjogramach, wykonanych sposobem zwykłym, można ujawnić tylko część miedniczki albo wcale jej nie mieć, to też zjawią się potrzeba wykonania całego szeregu uzupełniających zdjęć.

Radioskopja w wypadkach takich właśnie oszczędza dużo czasu i drogiego materjału— jest ona poniekąd połączeniem szeregu zdjęć miedniczki w jedną całość.

W dyskusji brali udział Stabholz i Datyner.

Sołowiejczyk. Przypadek żółtaczki hemolitycznej; usunięcie śledziony (Splenectomia).

T., lat 17, przyjęta na oddział kol. Klejna 13. X. 22 z powodu żółtaczki, która rozwijać się zaczęła przed rokiem. Chora od czasu do czasu miała bóle w lewym boku; nie gorączkowała, wymiotów nie miała; średnio odżywiona, barwa skóry była żółta—cytrynowa z odcieniem zielonoszarym. Na szyi, pod pachami, w pachwinach gruczoły chłonne nieco powiększone. U wierzchołka serca szmer rozkurczowy. Wątroba powiększona, śledziona również—występowała z pod łuku żebrowego na przestrzeni mn. więcej 4 palc.; macaniem wyczuwało się brzeg ostry śledziony i jej powierzchnię gładką, niebolesną. W moczu urobilinogen, dużo śluzu i kwasu moczowego. We krwi: czerw. cł. 1,122,000; leukocyt. 9400; hemoglobiny 27%; płytek mało; hemoliza przy 0,6 — 0,66 nawet przy 0,32; przeważały limfocyty duże (40%), następnie małe (25%); mikrocytów 4%, neutrofilowych 6,18%, myelocytów 0,6%, erytroblastów 2,8, bazofilowych 1,0%. 9. X. 22 w porozumieniu z kol. Klejnem Sołowiejczyk wykonał splenektomję w uśpieniu eterowym cięciem 1-ym po lin. alba, od wyrostka mieczykowatego do pępka i 2-im skośnym wzdłuż lewego łuku żebrowego, Prócz śledziony o wymiarze 10 × 15 ctm. — po podwiązaniu nóżki naczyniowej i ligam. gastro i phrenicolienale usunięto też 4 dodatkowe śledziony z sieci. Od. 10 X. 22 —22 X.22 r. objawy zapal. płuc odoskrzelowego, które stopniowo ustąpiły. Rychłozrost rany operacyjnej.—4 XI 22 chorą z zagojoną raną, prawie już bez żółtaczki, przepisano z powrotem na oddz. kol. Klejna. Badanie krwi, po operacji, wykazało już 3600000 czerw. ciał, leukocytów 9600, Hgl. 39%; dużo płytek i ciałek Jolly'ego. Substancja reticulofilamentosa krwinek znikła. Stan obecny chorej zupełnie zadowalający.

W dyskusji Sajdman omawia stronę techniczną operacji, nie jest za cięciem po linji środkowej brzucha, które zastosował w danym wypadku Soł.; najlepsze jest cięcie *myo plastyczne*.

Stabholz przypomina, że w 1913 r. na międzynarodowym zjeździe internistów w Londynie Banti w referacie programowym: „Obraz kliniczny hemolizy“ zwrócił uwagę, że śledziona bierze udział wybitny w procesach hemolitycznych ustroju. Aczkolwiek rola śledziony w tych sprawach nie została ostatecznie wyjaśniona, Banti jednak nie przypisuje śledzionie udziału czynnego, raczej udział bierny,—pod wpływem odkładających się obficie w śledzionie uległych rozpadowi krwinek, powstają w śledzionie cytolyziny swoiste, które działają niszcząco na ciałka czerwone i przez to potęgują ich hemolizę, która przedewszystkiem spowodowana jest przez ich niewytrzymałość względem czynników osmostycznych, Wczesne usunięcie śledziony może, według Bantiego, dać poprawę sprawy chorobowej, gdyż przy dużej koncentracji cytolyzinów śledzionowych we krwi wynik zabiegu operacyjnego jest z góry przesądzony. To wypowiedział Banti w 1913 r. Od tego czasu przybyło dużo prac, lecz rola śledziony w sprawie hemolizy nie została ostatecznie wyjaśniona. W każdym razie większość autorów stoi na stanowisku, że rola śledziony jest tylko bierna. To też problematycznym wydaje się usuwanie śledziony w żółtaczce hemolitycznej, zwł. że i nie zawsze wyniki operacyjne są zachęcające.

Luxenburg podkreśla ujemne skutki dla przebiegu choroby zakaźnej u ludzi, którym usunięto śledzionę. Abramowicz omawia stosunek współdziałania śledziony i wątroby, uzupełniający się wzajemnie w pewnych warunkach. (Ocenę krytyczną całego zagadnienia żółtaczki hemolitycznej i w związku z nią sprawy usunięcia śledziony w danym przypadku patrz str. 102—105).

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 15 grudnia 1922 r.

Przewodniczył Markusfeld.

Klejn. **Pokaz śledziony, wyłuszczonej w przypadku żółtaczki hemolitycznej** (patrz wyżej) **oraz preparatów krwi chorej po operacji.**

K. przedstawia śledzionę, usuniętą przez kol. Sołowiejczyka, w przypadku żółtaczki hemolitycznej i uzupełnia historję choroby kilkoma szczegółami, pominiętemi przez kol. S., a mającymi duże znaczenie teoretyczne. Ze względu na to, iż w dyskusji po demonstracji kol. S. dały się słyszeć głosy przeciwne splenektomji, K. uważa za wskazane zastanowić się szczegółowiej nad wskazaniami do splenektomji w tej chorobie, a w szczególności w danym przypadku, chociaż właściwie biorąc sprawa ta jest w chwili obecnej stanowczo na korzyść zabiegu przesądzona. Wskazania do splenektomji mogą tu być względne i bezwzględne. Nie ulega kwestji, że większość chorych szczególnie typu dziedzicznego jest „plus ictéri-

que que malade“ — u chorych takich zabieg nie jest bezwzględnie wskazany. Z drugiej jednak strony doświadczenie całego szeregu lat wykazało, iż usunięcie śledziony usuwa cały szereg objawów chorobowych, głównie zaś żółtaczki, często nawet wraz z osłabioną odpornością krwinek i z ludzi chorych robi osobniki zupełnie zdrowe. To też chorzy tacy często ze względów kosmetycznych, pragnąc się pozbyć żółtaczki, sami się domagają operacji. Jest to wskazanie względne—które lekarz uwzględnić może. Niekiedy jednak do okoliczności tej przyłączają się objawy natury poważniejszej, a mianowicie częste i bolesne napady deglobulizacji, które przypominają niekiedy napady kolki wątrobowej i przez swą częstość czynią chorych niezdolnymi do pracy. Przypadki takie, często nierozpoznawane i traktowane jako kamica, bywały dawniej niejednokrotnie operowane i rozpoznawane dopiero po operacji, podczas której żadnych zmian w drogach żółciowych nie znajdywano. I tu wskazanie do operacji jest względne, gdyż napady te nie są groźne dla życia. Zdarzają się jednak przypadki, w których napady te powodują bardzo silną niedokrwistość, zbliżoną do typu złośliwej (stąd druga nazwa choroby—niedokrwistość hemolityczna), stającą się wprost groźną dla życia. Przypadki te zwykle kończą się śmiercią z anemji albo też wskutek powikłań, najczęściej zap. płuc, które, jak to K. sam widział, dobija chorych. Takie przypadki bezwzględnie nadają się do splenektomji, którą chorzy tacy, pomimo ciężkiego stanu, znakomicie znoszą. Takie właśnie warunki znalazł K. u chorej swojej, gdzie anemja była b. silna (kr. cż. 1.000.000, hemogl. 20%), a bóle śledziony były stałe, leczenie zaś objawowe było nieskuteczne. To też jeżeli u chorej tej po zabiegu operacyjnym, pomimo przebytego zap. płuc włóknikowego i rozwolnienia, trwającego 2 tygodnie, oraz zapal. gardzieli z następczym obrzmieniem gruczołów znajdujemy obecnie stan kwitnący z normalną liczbą krwinek i normalną zawartością hemoglobiny, to musimy dojść do wniosku, że operacja była tu bezwzględnie wskazana i że spełniła ona tu swe zadanie.

Zaznaczyć jednak należy, iż tu, jak i w wielu innych podobnych przypadkach, odporność krwinek pozostała zmniejszona, ale w stopniu daleko słabszym niż przed zabiegiem. Wszystkie inne natomiast objawy znikły, a z nich na pierwszym miejscu i najwcześniej t. zw. substancja reticulo-filamentosa krwinek. Gdy przed operacją zmianę tę można było znaleźć w przeszło 90% krwinek, już nazajutrz po zabiegu liczba patologicznych krwinek spadła do połowy, a ostatnio do zera, przyczem najdłużej była ona widoczna w makrocytach. Wobec tego, że w żółtaczce hemolitycznej mamy niewątpliwie wybitne zaburzenia w zawartości cholesteryny w krwinkach (zmniejszenie cholesteryny we krwi), które znikają po operacji, należy obecność subst. ret. fil. postawić w ścisłym związku z brakiem cholesteryny w krwinkach, powodującym niewątpliwie łatwiejsze osiadanie barwików zasadowych na powierzchni krwinek, pozbawionych normalnej ilości cholesteryny.

Z innych objawów zasługuje tu na uwagę zjawienie się we krwi mnóstwa erytroblastów już nazajutrz po zabiegu oraz t. zw. ciałek Jolly'ego, które zawsze zjawiają się po splenektomji i, jako objawy niezupełnego dojrzewania krwinek, wskazują na wzmożoną mobilizację ze szpiku do krwi niezupełnie jeszcze dojrzałych krwinek. Objaw ten z czasem słabnie — i u nas jest on obecnie słabiej wyrażony, trwa on jednak dziesiątki lat i jest najpewniejszym objawem braku śledziony.

Pozatym skonstatował K. kolosalną liczbę płytek (przed zabiegiem liczba ich była cokolwiek zmniejszona), ułożonych w kolosalne kępy po kilkaset sztuk — objaw demonstrowany tu niedawno przez K. w innym przypadku splenektomji, oraz, co ważniejsza, obecność we krwi dużej liczby ułamków jąder megakaryocytów. Obecność ciałek Jolly'ego, mnóstwa płytek nieodosobnionych oraz ułamków jąder megakaryocytów stanowczo wskazuje na to iż z usunięciem śledziony nie tyle ma miejsce szybkie dojrzewanie elementów szpiku, ile usunięty zostaje pewien hamulec, regulujący zwykle dopływ pewnej kategorji elementów komórkowych ze szpiku — wskutek czego zjawiają się we krwi w większej liczbie nie tylko twory dojrzałe (widywano niekiedy przytem hyperglobulję, która z czasem znika), lecz i twory niezupełnie jeszcze gotowe. Z czasem jednak i ten objaw słabnie — liczba płytek i jąder megakaryocytów wyraźnie się zmniejsza.

Co się tyczy opisywanej dotychczas po splenektomji limfocytozy, to jej tu nie było, nie wszyscy zresztą autorzy są zgodni co do stałości tego objawu, skonstatowanego przeważnie u morskich świnek.

Poza temi objawami uderzał jeden objaw, który dotychczas u ludzi mało coprawda zwracał na siebie uwagę. Otóż u chorej w kilka tygodni po splenektomji wystąpiło bardzo wyraźne powiększenie wątroby, które Schmidt, a ostatnio Seyfart, zauważyli u zwierząt po eksperymentalnej splenektomji, a które zależy od bujania w wątrobie t. zw. komórek Kupfera i wogóle reticuloendoteljów, widocznego nawet gołym okiem w postaci zgrubień na powierzchni wątroby. Ciekawą było rzeczą przekonać się, czy to powiększenie wątroby nie pociągnęło za sobą pewnych niepomyślnych następstw czynnościowych. W tym celu otrzymała chora na czczo raz 12.0 galaktozy oraz drugi raz 30.0 lewulozy, poczym mocz został zbadany na zawartość tych ciał. Wynik był ujemny, coby wskazywało na to, że czynność assymilacyjna wątroby względem węglowodanów była nie tylko normalna, ale była nawet moze wzmożona. Również ujemnie wypadła próba Widala (L. 4000, po 20 m. — 12.900; po 40 m. — 8250; po 60 m. — 12100).

Wreszcie zaznaczyć należy, że surowica chorej po splenektomji zawierała minimalne ślady bilirubiny (przed zabiegiem zawartość była wyraźnie zwiększona), w moczu zaś obecnie urobiliny wcale nie można wykryć. Inaczej sprawa się miała podczas zapalenia płuc —

tu mocz dawał wyraźny, ale niezbyt silny, odczyn na urobilinogen, coby wskazywało, że z chwilą usunięcia śledziony czynność wytwarzania żółci przyjęła na siebie całkowicie wątroba, i to w stopniu tak zupełnie zadowalającym, że była ona w stanie przerobić w żółć zwiększony niewątpliwie dopływ rozpadłej w płucach hemoglobiny wysięku i zwiększonej wskutek tego zawartości w kiszkach urobiliny i nie przepuścić jej w większej ilości do krwi i do moczu.

Co się tyczy samej śledziony to ważyła ona 620.0, była obficie nastrzyknięta krwią i przy badaniu mikroskopowym wykazywała obfite nagromadzenie krwi w miąższu przy pustych zupełnie zatokach, masę złogów barwika i charakterystyczne, opisane przez Eppingera, wylewy w przegrodach oraz zmiany w naczyniach.

(Streszczenie własne).

W dyskusji Stabholz podkreśla jeszcze raz uwagi swe, wypowiedziane po demonstracji Sołowiejczyka. St. sądzi, że w żółtaczce hemolitycznej pierwotnie chorą jest krew, a śledziona bierze udział wtórny w obrazie chorobowym (niszczenie mało odpornych krwinek), zmian zaś żadnych w niej nie znajdywano. Wobec tego usunięcie śledziony nie ma tu żadnego uzasadnienia teoretycznego. Praktycznie przeciw temu zabiegowi przemawiają badania na zwierzętach, a co się tyczy ludzi, to Mühsam i Klemperer odstąpili od tej operacji. Usunięcie śledziony zresztą nie powstrzymuje hemolizy krwi, wywołuje zaś limfocytozę, eozynofilję nawet nieraz hyperglobulję, a więc dyskoordynację szpiku. Pozatym jest usunięcie śledziony zabiegem dość trudnym i często śmiertelnym, wywołuje wstrząs oraz powikłania (m. i. długotrwałą gorączkę, zależną od nekrozy trzustki). Dlatego też nie należy w każdym przypadku żółtaczki hemolitycznej uciekać się do splenektomji.

Klejn w odpowiedzi Stabholzowi powtarza, iż wyraźnie zaznaczył w swym przemówieniu, jakie są wskazania do splenektomji w żółt. hemol., specjalnie zaś dany przypadek wskazaniom tym najzupełniej odpowiadał — wywody zaś S. są natury ogólnikowej i danego przypadku wcale nie uwzględniają. Co się tyczy sprawy, czy splenektomja jest wogóle w cierpieniu tym wskazaną, to nie zaprzeczając faktowi, iż nawet po zabiegu często, choć nie zawsze, odporność krwinek pozostaje zmiejszona, należy pamiętać o tym, że mamy tu niewątpliwie do czynienia ze zwiększoną czynnością hemolityczną śledziony *(hypersplenia)*, która wraz z usunięciem chorego narządu znika. Że śledziona jest tu i anatomicznie (nie tylko czynnościowo) chora, dowodzą badania Eppingera, który we wszystkich przypadkach tego cierpienia znalazł charakterystyczne zmiany w śledzionie, które K. znalazł również i w swoim przypadku. Że rola śledziony jest tu nietylko bierną, ale i czynną, dowodzi fakt, że z usunięciem śledziony ustaje zwiększona hemoliza krwinek, pomimo iż te pozostają wciąż mniej odporne, fakt, za którym świadczy 1) zniknięcie całkowite żółtaczki; 2) anemji. 3) bilirubiny z krwi i 4) urobiliny z mo-

czu. Zresztą pozatym wszystkiem świetny wynik operacji w przypadku K., zupełnie zgodny z danemi dotychczasowemi z literatury, jest najlepszym dowodem racjonalności i skuteczności zabiegu. Jeżeli bowiem chora z miljonem krwinek i 20⁰/o hemogl. po 2 miesiącach po operacji, pomimo przebytego zapal. płuc, rozwolnienia i anginy, przedstawia obecnie obraz krwi normalny, utyła i świetnie się czuje, to byłoby z naszej strony błędem, gdybyśmy na zasadzie rozumowań teoretycznych, przeważnie przestarzałych i niewytrzymujących krytyki, od zabiegu tego się wstrzymali, tymbardziej że jest on w tym właśnie cierpieniu stosunkowo łatwy i przy udoskonalonej technice bezwzględnie bezpieczny. To też obecnie coraz bardziej mnożą się opisy przypadków, podobnych do powyższego, specjalnie zaś Klemperer, wbrew temu, co twierdzi o nim St., jest wielkim zwolennikiem splenektomji w tej chorobie. Zresztą, obserwacje niektórych przypadków trwają juz po kilkanaście lat od chwili zabiegu — chorzy ci są zupełnie zdrowi. (Streszczenie własne).

Karbowski i Zylberlast-Zandowa. **Pokaz chorej, operowanej z powodu ropnia mózgu.**

Chora cierpiała na ropotok z ucha lew. od lat dziecinnych. Od kilku tygodni stan chorej znacznie się pogorszył. Wystąpiły bóle głowy, wyciek z ucha stał się bardziej obfitym. Badanie wykazało: sprawę ropną przewlekłą ucha lewego. Przedziurawienie brzeżne. Wyciek cuchnący. Tętno 70. Temperatura 37,8. Apatja. Badanie układu nerwowego nie wykazało nic nienormalnego, prócz różnicy w odruchach brzusznych — lewostronne były słabsze.

Chorę zakwalifikowano do operacji doszczętnej, która została wykonana zaraz dnia następnego. Podczas operacji stwierdzono wybitne zagęszczenie kości. Jama sutkowa była bardzo mała, wypełniona ziarniną. Opona twarda nad stropem jamy bębenkowej zmieniona. K. obnażył na znacznej przestrzeni średnią jamę czaszkową do miejsca, gdzie wygląd opony twardej zbliżał się do normalnego. Obnażone ognisko okazało się ropniem przyoponowym otorbielonym. Po usunięciu tkanki ziarninowej i ropy, która przylegała do opony twardej, okazało się, że opona twarda nie jest pokryta ziarniną, ma natomiast zabarwienie szarawo-żółte. Tętnienia nie było widać. K. dokonał wówczas przekłucia przestrzeni podoponowej—zawartości jakiejś patologicznej, wzgl. ropy nie wydobyto. Natychmiast po zabiegu operacyjnym wykonano nakłucie lędźwiowe. Płyn mózg.-rdzen. wypłynął pod znacznym ciśnienieniem; był przezroczysty. Nonne Appelt + +; 50 elementów komórkowych, z nich prawie połowa wielojądrzastych. Po zabiegu operacyjnym temp. opadła, a tętno było 60; Chora była pod ścisłą obserwacją neurologiczną. (kol. Zandowa); psychika chorej i tętno zwolnione wzbudzały podejrzenie, że mamy w tym przypadku powikłanie wewnątrzczaszkowe. Istotnie w kilka dni po operacji już wykryto zmiany na dnie oka prawego, a nieco później wystąpiła i zastoina na dnie oka po stronie lewej. W koń-

cu tygodnia były już objawy niemoty zmysłowej i objawy niedowładu praw. n. twarzowego i różnica w odruchach ścięgnowych i skórnych.

K. przystąpił wówczas do powtórnej operacji. Podczas przygotowania miejsca operacyjnego, zanim jeszcze przystąpiono do zabiegu, przerwał się na zewnątrz niespodziewanie ropień, jak się okazało, o pojemności b. dużej. K. wówczas opróżnił ropień, wytamponował jamę po nim gazą jodoformową. Po zabiegu zaczęły ustępować objawy ogniskowe i ogólne nerwowe. Chora jest już 2 miesiące po operacji, a obecnie w stanie zdrowia pomyślnym. Zylberlast-Zandowa podaje uzupełniające szczegóły o stanie ukł. nerwowego chorej przed zabiegami i obecnie; omawia zjawiska morfologiczne we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym chorej.

W dyskusji Goldflam podkreśla wybitne znaczenie zmian na dnie oka, tętna zwolnionego i drobnych różnic w odruchach dla wczesnego rozpoznania; ma to pierwszorzędne znaczenie dla orzeczenia o potrzebie zabiegu chirurgicznego, by nie zwlekać—zarówno w przypadkach ostrych, jak i przewlekłych.

Lubliner sądzi, ze w przypadku danym, nie bacząc na samoistne pęknięcie i opróżnienie ropnia, trudno jeszcze mówić o zupełnym wyleczeniu chorej. Możliwość dalszych powikłań mózgowych nie jest tu bynajmniej wyłączona. Obecnie mamy b. może tylko odprężenie na skutek osłabienia ucisku.

Stabholz podreśla wybitne zdobycze chirurgji mózgowej z okresu wojny minionej; sączkowanie gazą, które stosował K. uważa za niesłuszne, zaleca szczególnie dreny parafinowe. Lubliner dodaje, że nie można zaniechać zupełnie sączkowania, trzeba często tylko zmieniać opatrunki.

Lubelski podaje, że często zaczyna od sączków, stopniowo przechodzi do drenów; mówi o własnych przypadkach operacji ropni mózgowych.

Altkaufer H. **Pokaz chorej po operacji wytworzenia pochwy.**

A. przedstawił chorą, lat 23, żydówkę, od 3 lat zamężną, u której 2 listopada 1922. wykonał operację wytworzenia pochwy sposobom Schubert'a (z odbytnicy) z powodu zupełnego braku błony dziewiczej, pochwy i macicy. Pacjentka pozatym posiada wszystkie cechy kobiecości. Rany w okolicy wytworzonej pochwy i otworu stolcowego zagoiły się doraźnie. Rana w okolicy kości krzyżowej jest czysta i goi się prawidłowo. Zwieracz odbytu działa zupełnie sprawnie. Do wytworzonej pochwy z łatwością, bez sprawiania pacjentce bólu, udaje się wprowadzić rozszerzacz Hegara Nr. 20. Długość kanału, zastępującego pochwę, wynosi 11,5 cm.

Przedstawiony przez A. przypadek jest pierwszym w Polsce. Ze względu na idealny wynik operacji prelegent gorąco zaleca stosowanie zabiegu Schubert'a. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Stabholz, wyrażając uznanie dla zabiegu Altkaufera, zakończonego tak efektownym wynikiem, omawia też operację Cunéo, zapożyczoną i zmodyfikowaną przez Morri'ego, dla wytworzenia pochwy.

Dlaczegóżby w ginekologji zabieg ten miał dać złe wyniki, skoro w chirurgji ogólnej jest on uważany za najlepszy w zastosowaniu do wytworzenia pęcherza moczowego i gdzie pod względem technicznym przybywa jeszcze tak trudny zabieg, jak wszczepianie moczowodów. W sprawie technicznej strony operacji Schuberta S. zwraca uwagę na dwa szczegóły, mogące wpłynąć na nieudanie się zabiegu: 1-sze— zaburzenia w odżywianiu ze zgorzelą następczą wyciętego odcinka odbytnicy przy przesunięciu go o blizko 180°; 2-ie—uszkodzenie tętnicy krwawniczej górnej, poniżej t. zw. punktu krytycznego Südeck'a, co prowadzi zazwyczaj do zgorzeli jelita.

Lubelski. **Wypadnięcie prostnicy i esicy, operowane metodą specjalną.** (Pokaz chorego po operacji).

Chory M. S., lat 35, przybył do szpitala z wypadnięciem prostnicy i esicy, które sięgało do 30 ctm. W tak znacznym wypadnięciu bierze zawsze udział wynicowana esica, co stwierdza się zawsze przy operacji. W danym przypadku, po otwarciu jamy brzusznej cięciem po linji przyprostnej po stronie lewej, L. znalazł esicę, której krezka u podstawy miała 6 cm. długości, a oś pionowa do 35 cm., a sama esica do 70 cm. długości. Wymiary te o wiele przekroczyły normalne granice, a są charakterystyczne dla megasigma. Wychodząc z założenia, że w danym przypadku megasigma była jednym z momentów, które wywołały tak znaczne wypadnięcie, L. postanowił przywrócić normalne stosunki anatomiczne w esicy i dokonać operacji, która szczegółowo opisana już była przez L. w jednym z poprzednich numerów Kwartalnika, jako operacja zapobiegawcza przy skrętach esicy. Operacja ta składa się z trzech momentów, a mianowicie: a) wydłużenia podstawy krezki (ellongatio mesosigmae), b) skrócenia długiej osi krezki (abreviatio), c) fałdowanie esicy (sigmoplicatio). W danym przypadku, aby jeszcze pewniej zabezpieczyć się od nawrotu paru szwami węzełkowemi L. przyszył sfałdowaną esicę do otrzewnej i tylnej pochwy mięśnia prostego. Przebieg pooperacyjny — gładki, w 4-ym dniu odeszły wiatry; na 5-y dzień był stolec. Po 8-u dniach zdjęto szwy. Rychłozrost. Po stolcu żadnego wypadnięcia prostnicy już nie widać.

W dyskusji Stabholz uważa, że sposób postępowania, podany przez Lubelskiego, może mieć tylko wyjątkowe zastosowanie w przypadkach, gdy powiększona do potwornych wymiarów esica ulega wynicowaniu, pociągając za sobą odbytnicę.

Zabieg nie może również być wykonany, gdy mamy do czynienia z krezką esicy bliznowato zmienioną, ponieważ krezka taka nie daje się sfałdować w sposób, jaki podaje prelegent. Wbrew twierdzeniu Lubelskiego o stworzeniu u chorego normalnych warunków anatomicznych, Stabholz nie dopatruje się w powyższym zabiegu

uzyskania tego celu, nastąpi prawdopodobnie po upływie pewnego czasu powrót do stanu zmian pierwotnych.

S t a b h o l z jest za rezekcją esicy, co się zaś tyczy wypadniętej odbytnicy, to, pomijając zabieg dobry ale poważny, jakim jest usunięcie jej, powinniśmy tu zastosować metody, które uwzględniają przedewszystkiem czynniki przyczynowe. Czynniki te zależą od zwiotczenia dna miednicy oraz aparatu mięśniowego, podtrzymującego odbytnicę. Inne metody, jak podszywanie, fałdowanie, zwężanie samego odbytu, aczkolwiek znajdują zwolenników, jednakże nie dają wyników stałych, bo stwarzają warunkt fizjologiczne nienormalne dla jelita.

W końcu S t a b h o l z kreśli na tablicy przebieg operacji, podany przez Jurasza, łatwy w wykonaniu i dobry w wynikach.

S o ł o w i e j c z y k wykonywa tę operację na oddziale inaczej. Nie jest za momentem pierwszym sposobu L u b e l s k i e g o, gdyż natura sama już tu swoje zrobiła (*elongatio krezki*). S. przystępuje odrazu do momentu 2-ego L u b e l s k i e g o, wykonywa go za pomocą 4 szwów, a następnie przystępuje do tego, co L. robi w 4ym momencie. S. nie zgadza się też na ciecie L., gdyż kiszka powinna leżeć z boku; S. ma 140 własnych spostrzeżeń z dobrym wynikiem.

Z a w a d z k i A l. sądzi, że należy oddzielnie rozpatrywać sprawę wypadania odbytu i sprawę wydłużenia esicy (makro lub zgoła megasigma).

Przy wypadaniu odbytu Z. stosował sposób Thiersch'a (zakładanie pętlicy z drutu) lub jego zmianę (zakładanie gumowej obrączki), sposób Juvara oraz ostatnio opisany sposób Sudeck'a. Samo umocowanie esicy lub prostnicy wraz z esicą do celu nie prowadzi, a wrazie niedokładnego umocowania, t. j. umocowania do ściany brzusznej, nie na całej przestrzeni, może spowodować zawęźlenie pętlicy jelita, które przesunie się pomiędzy ścianą brzuszną i umocowaną esicą. Sposób Sudecka jest dobry, trzeba jednak sączkować, jak o tym przekonał Z. przypadek operowany (sączkować od strony kości krzyżowej ku dołowi), o czym zresztą wspomina i Sudeck. Plastyka mięśni odgrywa rolę ważną.

Wszelkie zabiegi na krezce przy wydłużeniu esicy, ew. przy jej zbliznowaceniach, prowadzących do układu esicy w formie omegi, uważałbym za leczenie paljatywne.

Zabiegi takie były już w przeszłym stuleciu proponowane przez Seuk'a, Riedel'a. Gdyby sposoby, proponowane przez kol. Lubelskiego i prof. Leśniowskiego, zapobiec mogły ponownemu zbliznowaceniu, pisałbym się na nie, że jednak nie zapobiegną, więc radykalnemi nie są (o przyczynach powstawania tych zbliznowaceń i dla czego żadna plastyka tego rodzaju procesu zbliznowacenia nie powstrzyma, dla braku miejsca w druku nie piszę).

Licząc ogółem Z. operował przypadków wydłużenia esi-

cy około trzydziestu w okresach skrętu t. j. niedrożności, zgorzeli lub też w okresie międzynapadowym skrętu. Zazwyczaj w ciężkich przypadkach pętlicę, uległą zgorzeli, wyjmowałem poza jamę brzuszną, zakładałem rzyć, w przypadkach bez zgorzeli lub gdy stan chorego pozwalał na to zespalałem ramiona esicy u podstawy omegi, resztę pętlicy usuwałem lub fałdowałem paroma szwami. Przypadki takie (fałdowanie), badane w rok lub dwa potym, czy to prom. X, czy przy następnym zabiegu brzusznym udowadniały zanik sfałdowanej pętlicy. W paru przypadkach wykonałem wycięcie, łącząc końce bout a bout przy zastosowaniu wgłobiania.

Ostatnio [1]) stosowałem w paru przypadkach sposób, podany przez Grekowa w 1912 r.: otwarcie jamy brzusznej w pozycji Trendelenburga, odcięcie krezki esicy, założenie poprzez otwór stolcowy elastycznego zgłębnika z gałką aż do esicy, podwiązanie tuż pod gałką, wgłobienie, a właściwie wynicowanie prostnicy i esicy poprzez otwór stolcowy; następnie obszycie od strony jamy brzusznej ściany jelita wgłobionego z brzegiem wgłobiającego, zaszycie ścian brzusznych. Wynicowane jelito można obciąć i obszyć lub pozostawić własnemu losowi, zakładając gumową rurę aż poza miejsce wgłobienia do światła esicy, wzgl. jelita zstępującego. Wynicowane jelito ulega zgorzeli i odpada na 6-y lub 7-y dzień, poczym obrączka powstała po odpadnięciu tego jelita wciąga się do wewnątrz sama przez się. Zaznaczyć muszę, że taki operowany po paru tygodniach ma objawy przejściowego zwężenia jelita-zwężenie to jednak po 8—10 tygodniach samo przez się ustępuje, chory oddaje stolec normalnie, a badany za pomocą rectoskopu daje możność stwierdzenia bardzo nieznacznej blizny, bez śladu zwężenia. Sposób ten Kolegom bardzo polecam, jest szybki, bezpieczny i radykalny, a nadewszystko jedyny, gdy zgorzel sięga bardzo nisko, t.j. prawie aż do prostnicy.

(Streszczenie własne)

Gliksman uważa sposób L. za dobry, zaleca tylko w podobnych przypadkach dokonywać wszczepienia sieci w miejscu cięcia.

Rubinrot operował w kilku przypadkach z dobrym wynikiem metodą Whithead'a.

Lubelski w odpowiedzi nie zgadza się z opinją kol. Sołowiejczyka, jakoby natura sama pomagała w skróceniu krezki i esicy. Niezawsze natura dopomaga. Przeciwnie, np. tworzenie się blizn otrzewnowych ma często swe złe skutki i trzeba je przerywać, przecinać i t. p. Co się tyczy zarzutu braku peristaltyki przy colopexis, to jest to też nieuzasadnione, wszyscy tak postępują i kol. Sołowiejczyk również

---

[1]) O sposobie tym Z. mówił na Zjeździe w Paryżu.

tak robi. Co się tyczy przemówienia kol. Zawadzkiego, to L. sądzi, że należy tu rozróżniać 2 sprawy: 1) wypadnięcie kiszki prostej, które najlepiej tak operować, aby zostały przywrócone czynności fizjologiczne i 2) operowanie megasigmy, nie mającej z pierwszą sprawą bezpośredniej łączności.

J. Mackiewicz. **O pleocytozie reakcyjnej** (Z oddz. nerw. E. Flataua; streszczenie odczytu).

M. przystępując rok temu do śródkręgowego stosowania Neosalvarsanu według Gennericha, postanowił zbadać też wpływ tego zabiegu na obraz morfologiczny płynu mózgowo-rdzeniowego. Już w pierwszym przypadku, nazajutrz po dokonanym zabiegu, M. stwierdził, iż płyn jest mętny i zawiera 800 białych ciałek krwi w 1 mm.^{3}. Zabieg Gennericha M. dotąd wykonał już 20 razy w 8 przypadkach wiądu rdzenia, wzgl. bezwładu postępującego, przyczym badanie płynu m.-rdz. przed zabiegiem Genner. wykazywało pleocytozę w granicach od 20 do 84 komórek w 1 mm.^{3}. Ze względu na samopoczucie i ogólny stan zdrowia chorych po zabiegach Genn., można było wykonać nakłucie porównawcze tylko 12 razy, przyczym we wszystkich przypadkach stwierdzono w 24 godz. po nakłuciu wybitną pleocytozę, (od 360 do 600 kom. w 1 mm.^{3}). Tylko w 1 przypadku bezwładu postępującego, po pierwszych 3-ch zabiegach Genner., pleocytoza była nieznaczna, a mianowicie z 64 doszła do 80, z 60 do 90, z 80 do 110; natomiast po 4-m zabiegu u tego samego chorego z 60 doszła do 210.

We wszystkich przypadkach stwierdzonej w ten sposób pleocytozy znikła ona całkowicie po 4-ch dniach, w 4-ch zaś przypadkach — istniejąca przed dokonaniem zabiegu Genner. pleocytoza — zmniejszyła się po 4-ch dniach o 15 — 20% w stosunku do stanu przed wlewaniem neosalvarsanu.

Cały szereg autorów zajmował się, jak wiadomo, stosowaniem śródkręgowym neosalvarsanu, lecz nie badano dotąd reakcyjnego zjawiska ze strony opon mózgowych. Wechselman, badając wpływ neosalvarsanu na układ nerwowy (metodą śródkręgową), przyszedł nawet do wniosku, iż „zabieg ten przebiega wogóle bez wszelkich reakcyjnych objawów"; autor ten twierdził, że neosalvarsan nie ma właściwości neurotropizmu. Nonne w ostatnim wydaniu swej monografji twierdzi, że w 30 przypadkach, leczonych sposobem Genner. żadnego wpływu na „4 reakcje" nie spostrzegł. Natomiast Beltz (25 przypadków) twierdzi, że pleocytoza znikała. Marinesco, Curari, Eskuchen, Förster sprawy tej zgoła nie poruszają. W monografji Gennericha, obejmującej olbrzymi materjał, a oparty na 10,000 nakłuć lędźwiowych, nie znajdujemy żadnej wzmianki o wpływie tej metody leczniczej na opony mózgowo-rdzeniowe.

Ten rezultat ujemny tłomaczy się tym, że nprz., jak widać z danych na tablicach Gennericha, badano płyny powtórnie przy okazji dokonania następnego zabiegu Genn. dopiero po 2 — 3 tygodn.

Następnie M. zastanawia się nad przyczyną tego zjawiska, — które nazywa „pleocytozą reakcyjną". W tym celu M. dokonał następującego zabiegu: — wypuścił około 40 cm.^{3} pł. m.-rdz. choremu z pleocytozą z 10 kom. w 1 mm.^{3} i wprowadził je zaraz z powrotem do kanału. Okazało się, że nazajutrz po tym pozornie niewinnym zabiegu pleocytoza dosięgła 420 elementów w 1 mm.^{3}. Podczas doświadczeń tych M. sprawdził twierdzenie Kafki, że już samo nakłucie lędźwiowe ma wpływ na obraz morfologiczny pł. m.-rdz. Istotnie, nazajutrz po dokonaniu samego tylko nakłucia okazało się, że limfocytoza zwiększyła się z 0 na 7 (Ischias), z 18 — 35 (Tabo-paralysis) i z 22 — 44 (Paralysis progressiva).

Również nie bez wpływu na obraz morfologiczny pł. m.-rdz. pozostaje zastrzyknięcie do kanału kręgowego surowicy, jak to wielu badaczy już dawniej stwierdziło. W 3 przypadkach, po wprowadzeniu zwykłej surowicy końskiej do kanału kręgowego w stanach niezapalnych opon (kol. Zandowa), M. stwierdził, że pleocytoza dochodziła do 3,000 elem. w 1 mm.^{3} i znikała po 4-ch dniach. W przypadkach wylewu krwi do opon mózgowych (5 przypadków) M. stwierdził do 1,000 elem. w 1 mm.^{3}, co jest zgodne ze spostrzeżeniem Kafki i Vidala, który zjawisko to tłomaczy „aseptyczną reakcją opon".

Wpływ na opony rozczynu fizjologicznego soli, stosowanego śródkręgowo, badali Flatau i Tarapaniówna, przyczem w doświadczeniach na psach stwierdzili, że nazajutrz po zastrzyknięciu 5 cm.^{3} NaCl występuje wybitna pleocytoza z przewagą limfocytów, a w 2 dni po zastrzyknięciu liczba białych ciałek dochodziła do 200. Taki sam odczyn Flatau wywołał też u człowieka po wprowadzeniu słabych rozczynów soli bromowych. M. po wprowadzeniu rozczynu fizjolog. soli u ludzi (z normalnemi oponami m.-rdz.) stwierdził, nazajutrz po zastrzyknięciu, pleocytozę, dochodzącą do 5,000 wielojądrowych biał. ciał. krwi. Natomiast rozczyn hypotoniczny soli (0,45 : 100,0) wywołał znacznie mniejszą pleocytozę (do 53 elem. w 1 mm.^{3}). W innym doświadczeniu, po wprowadzeniu fizjolog. rozcz. soli, M. stwierdził pleocytozę wielojądrową do 880 elementów — po upływie 95 minut.

Ażeby się przekonać, jaki jest przebieg tej reakcji ze strony opon, M. po wtłoczeniu rozczynu fizjolog. soli do kanału badał płyn m.-rdz. co 5 minut w ciągu 1½ godz. Jak widać z danych tego doświadczenia, pleocytoza reakcyjna, wyłącznie wielojądrowa, rozpoczyna się już po 10 minutach (15 elementów w 1 mm.^{3}), wznosi się powoli, lecz stopniowo coraz wyżej, dosięga po 50 minutach punktu kulminacyjnego (140 elem. w 1 mm.^{3}), następnie zaś zwolna opada.

Badania powyższe winny być brane w rachubę w oznaczaniu i tłomaczeniu zjawisk, które powstają w pł. m.-rdz. przy stosowaniu rozmaitych metod leczniczych. Jako przykład M. przytacza doświadczenia Marty Wollstein z Instytutu Rockefellera, która za-

strzykiwała do kanału królikom przepuszczoną przez filtr Berkefelda ślinę chorych na świnkę i otrzymała „krótkotrwałe aseptyczne zapalenie opon m.-rdz“. Ponieważ reakcję taką ze strony opon wywołują już i wlewania same tego lub innego płynu (w danym wypadku śliny), wniosek powyższy nie jest więc ścisły.

W 1910 r. Roubinowicz zastrzyknął choremu alkoholikowi z zadumą i urojeniami 5 cm.^{3} pł. m.-rdz. końskiego do kanału — wtedy wystąpiła gorączka, objaw Kerniga, nawet herpes labialis. I tym razem odczyn ten trzeba byłoby uzależnić od meningitis aseptica reactiva. W 1919 r. Myślivček badał wpływ rozmaitych leków, stosowanych śródkręgowo na tkankę mózgową; zastrzykiwał on do czaszki 0.5 cm.^{3} 10% rozczynu wyskoku w rozczynie fizjolog. soli, słaby rozczyn Lugola, salvarsan 1 : 200; 1 : 800, szczepionkę z martwych gronkowców, płyn puchliny brzusznej — i wszędzie spostrzegał stan zapalny w oponach i naczyniach tkanki mózgowej.

M. nadmienia, że we wszystkich przypadkach stwierdzał równoległość między charakterem morfologicznym reakcji pleocytowej, a odczynem termicznym, a mianowicie — w przypadkach, które przebiegały z podniesieniem ciepłoty po zastrzyknięciu, stwierdzono pleocytozę wielojądrową; w przypadkach bez gorączki przeważały limfocyty—niezależnie od charakteru czynnika, wywołującego pleocytozę (pł. fizjolog. soli, surowica, neosalvarsan).

Badania nad zmianami histologicznemi w oponach po wyżej wskazanych doświadczeniach są w toku.

W dyskusji Flatau podkreśla potrzebę wszechstronnej krytycznej oceny zjawiska pleocytozy zarówno w badaniach doświadczalnych, jak wyżej wskazane, ale też szczególnie, gdy idzie o wprowadzenie środków leczniczych do worka oponowego.—Dotąd nie mamy bynajmniej jeszcze racjonalnej metody leczenia przymiotu ukł. nerwowego; zamierzenia Gennericha są zaledwie pierwszym krokiem na tym polu. Następnie Fl. omawia niektóre objawy mniej lub więcej ciążkie lub tylko przelotne po wprowadzeniu neosalwarsanu do kanału kręgowego.

Goldflam pyta, czy po wprowadzeniu fizjologicznego rozczynu soli występują też jakie objawy ogólne, jak to bywa często nawet po zwykłym nakłuciu lędźwiowym Rotstadtowi „pleocytoza reakcyjna“ M. wydaje się takim samym zjawiskiem naturalnym, jak każdy inny odczyn miejscowy tkanki urażonej; ukłucie szpilką wywołuje miejscowe zapalenie skóry ze znanemi objawami—jak w zapaleniu. Jeżeli ukłucie jest jałowe, to sprawa zapalna szybko i łagodnie mija. Nakłucie lędźwiowe jest bądź co bądź urazem opon, a że jest zawsze jałowe, pociąga za sobą w badaniach doświadczalnych szybko przemijające zapalenie jałowe; jeżeli zaś nakłucie wiąze się z wprowadzeniem pozatym obcego ciała, wzgl. środka leczniczego, to rozumie się, że ta dodatkowa pod-

nieta drażniąca miejscowa przewleka trwanie miejscowego zapalenia jałowego opony, wzgl. odczynu miejscowego na uraz—nakłucie. Mackiewicz w odpowiedzi wymienia szereg objawów klinicznych miejscowych i ogólnych (bóle w nogach, przemijające zatrzymanie moczu, bóle głowy i n. inne), które występowały niekiedy u chorych badanych oraz u leczonych sposobem Gennericha. Lekarstwa, dodawane przez nakłucie lędźwiowe, niezwykle szybko przenikają do mózgu.

Lubelski. **Tętniak (tętnico-żylny) tętnicy górnej pośladkowej lewej.** Pokaz chorego po operacji.

Idealnym zabiegiem przy operacji tętniaka jest jego wycięcie i zespolenie obu końców tętnicy, obwodowego i dośrodkowego, zapomocą szwu, najlepszą metodą jest metoda Karel'a. Przy tętniaku tętnico-żylnym staramy się zespolić oddzielnie tętnicę, a żyłę podwiązać lub też oddzielnie zespolić. Idealna operacja daje najlepsze wyniki, bo przywraca normalne krążenie krwi. Tam, gdzie warunki anatomiczne pozwalają, gdzie prędko rozwija się krążenie oboczne, i gdzie podwiązanie tętnicy nie grozi zgorzelą—operacja zespolenia obu końców tętnicy, wymagająca dłuższego czasu i absolutnej aseptyki, staje się zbyteczną. Z wyżej wskazanych powodów przy tętniakach tętnic pośladkowej górnej i dolnej zabieg nasz może się ograniczyć do podwiązania tętnicy. W przypadku tętniaka tętnicy pośladkowej górnej L. postanowił właśnie dokonać podwiązania tętnicy. Przypadek ten dotyczy mężczyzny lat 30, N. W., którego uderzono narzędziem ostrym w okolicę lewego pośladka. Pierwszy opatrunek nałożyło Pogotowie ratunkowe. Kiedy chory przybył do szpitala, tętno było 120, rana długości 3 ctm., na lewym pośladku u góry, nie krwawiła; skóra zaszyta była dwu klamerkami Michel'a. Pod skórą namacać można było krwiak. Po tygodniu, kiedy zdjęto klamerki, na miejscu rany wytworzył się tętniak rzekomy tętnicy górnej pośladkowej. Mając w pamięci przypadek podobny, operowany przez prof. Kosińskiego na klinice w szpitalu Św. Ducha, gdzie po bezowocnych usiłowaniach podwiązania tętnicy górnej pośladkowej in loco, Kosiński zmuszony był dokonać podwiązania tętnicy podbrzusznej (arter. iliaca interna), L. postanowił zapobiegawczo podwiązać tę tętnicę. L. przypomina, że w przypadku jednym bardzo dużego guza zewnętrznej powierzchni talerza miednicy, gdzie podwiązał tętnicę podbrzuszną, operację, która zdawała się być niewykonalną, udało mu się wykonać prawie bezkrwawo. W danym przypadku tętnicę podbrzuszną (arter. iliaca interna) L. podwiązał metodą Kochera (zewnątrzotrzewnowo). Operację samego tętniaka L. postanowił wykonać po paru dniach; ale już po trzech dniach spostrzegł, że w tętniaku wróciło tętno. Do operacji L. przystąpił więc po tygodniu, mając zamiar podwiązać dośrodkowy koniec tętnicy pośladkowej górnej. Po przecięciu skóry L. rozdzielił na tępo włókna mięśni po-

śladkowych, ale, pomimo wszelkiej ostrożności, ściana tętniaka pękła i krew zalała całe pole operacyjne. Otworzywszy szybko ścianę tętniaka L. wygarnął skrzepy, otwór żyły pośladkowej przycisnął sączkiem, a tuż u brzegu wycięcia kulszowego dużego L. wymacał wytrysk krwi i przycisnął tętnicę do kości wskazującym palcem prawej ręki. Pracując lewą ręką, udało się L. dopiero po 10 minutach wyłączyć tętniak, żyłę i tętnicę pośladkową górną. Z wielkim trudem tylko udało się L. wgłębi otworu kulszowego dużego nałożyć na tętnicę kleszczyki Pean'a. Wobec tego, że nałożenie podwiązki na tętnicę w głębi otworu kulszowego było niemożliwe L. postanowił kleszczyki Pean'a, nałożone na tętnicę i żyłę, zostawić na parę dni; zaszywszy większą część rany, L. nałożył opatrunek. Po 4-ch dniach zdjął kleszczyki z żyły, a po 5-ciu dniach kleszczyki z tętnicy. Krwawienia nie było. Rana goiła się per secundam, obecnie po 25 dniach goi się już zupełnie. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost.

W dyskusji Goldstein zaznacza, że potrzeba operowania tętniaków zachodzi tylko wtedy, kiedy powodują krwotok wewnętrzny albo też ucisk z uszkodzeniem sąsiednich narządów. G. się wydaje, że w danym wypadku nie było wskazania do operacji, następnie G. przytacza znane mu przypadki tętniaków, leczone pomyślnie konserwatywnie z zastosowaniem środków terapeutycznych.

Rubinrot uważa, że operacja była wskazana.

Stabholz stanowczo występuje przeciw zalecanemu przez Goldsteina postępowaniu zachowawczemu w przypadkach tętniaków urazowych.

Postępowanie powinno tu być tylko czynne. gdyż tętniak urazowy w każdej chwili grozi możnością zakażenia, a przedewszystkiem krwotokiem zewnętrznym ze wszystkiemi jego następstwami dla chorego.

Tam, gdzie dla jakichkolwiek bądź względów warunki anatomiczne normalne przywrócone zostać nie mogą, albo w niektórych okolicach ustroju, gdzie z łatwością przychodzi do wyrównania w krążeniu na drodze obocznej, należy zawsze podwiązać odcinki uszkodzonego naczynia.

W przypadkach tętniaków urazowych górnej tętnicy pośladkowej S. na zasadzie własnego doświadczenia zaleca sposób, jakiego użył Lubelski z uprzednim nałożeniem podwiązki stałej albo czasowej na tętnicę podbrzuszną. Zmniejsza to w znacznym stopniu krwawienie, przez co umożliwia odszukanie uszkodzonego naczynia. W jednym przypadku, gdy S. chciał podwiązać odrazu uszkodzone odcinki tętnicy pośladkowej górnej, zmuszony był uciec się aż do uciśnięcia tątnicy głównej brzusznej sposobem Momburga, gdyż nie mógł w inny sposób opanować krwotoku.

Gliksman uważa tylko podwiązanie doprowadzającej tętnicy w danym wypadku za niewystarczające.

W odpowiedzi Lubelski podkreśla, że wskazanie do ope-

racji tętniaka ma zawsze miejsce wtedy, kiedy tylko jest on dostępny. Tętniak, pozostawiony bez zabiegu, może pęknąć i spowodować łatwo śmierć przez utratę krwi, zanim lekarz przybędzie. L. wyjaśnia, że pierwszy raz operował tylko zapobiegawczo, chory bowiem był b. wycieńczony i należało czekać. 2-ga operacja nie była przypadkiem, była tylko następstwem pierwszej, dalszym jej ciągiem.

P. Goldstein. **W sprawie torbielowatości gazowej jelit (Pneumatosis cystoides intestinorum).** Patrz Kwartalnik T. II, Zeszyt 1.

W dyskusji Jastrzębski, ująwszy zagadnienie z punktu widzenia anatomo-patologicznego, orzeka, że sprawa drobnowidowa niema tu cech schorzenia zapalnego tkanek; przemawia to więc raczej przeciw teorji o bakteryjnym pochodzeniu Pneum. cyst. intest.. Prócz nielicznych komórek olbrzymich nie widać w obrazie morfologicznym torbielowatości gazowej innych elementów zapalnych. Następnie J. przeciwstawia w przeglądzie szczegółowym zmianom w Pn. cyst. intest. te, które spostrzegamy w zapaleniu gazowym, gdzie czynny udział biorą bakterje.

Stabholz przypomina, że w torbielowatości gazowej jelit niekiedy mogą występować objawy, podobne do spostrzeganych w zapaleniu wyrostka robaczkowego, zapalenia otrzewnej albo niedrożności jelit. S. zwraca przytym uwagę na oddźwięk trzeszczenia, występujący przy lekkim uciskaniu brzucha.

Co się tyczy patogenezy cierpienia, to z istniejących teoryj nowotworowej, bakteryjnej i mechanicznej, ta ostatnia posiada słusznie najwięcej zwolenników. Zawartość gazowa torbieli zbliżona jest do normalnie znajdujących się gazów w jelitach. Dalej budowa torbieli przypomina naczynia chłonne; pod wpływem bliżej jeszcze nieznanych czynników gazy, krążące w jelitach, zostają być może tłoczone w szpary limfatyczne, stąd znów w naczynia chłonne, które ulegają rozszerzeniu w postaci torbieli. Za teorją mechaniczną przemawiałby fakt, że udało się jakoby wywołać u zwierząt na drodze doświadczalnej obraz chorobowy, bardzo zbliżony do prawdziwej torbielowatości jelit. Ten sam pogląd na genezę cierpienia popiera Sajdman.

Higier jest zwolennikiem teorji bakteryjnej.

Luxenburg przypomina o sprzyjających warunkach gromadzenia się powietrza w przewodzie pokarmowym już w warunkach normalnych, fizjologicznych, przy połykaniu.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 29 grudnia 1922 r.

Lewin — **Leczenie gruźlicy płuc światłem** (streszczenie odczytu).

Słońce—ten tak ważny czynnik w życiu—odgrywa już oddawna, jak wiadomo, poważną rolę w lecznictwie ludowym.

Leczono promieniami słonecznemi febrę, wrzody, nowotwory i t. p. Wszystkie te usiłowania terapeutyczne jednak nie miały, rozumie się, charakteru naukowego. Dopiero duński uczony Finsen na zasadzie badań elementów składowych i własności widma słońcowego położył kamień węgielny pod gmach naukowy terapji światłem. W 1885 r. Rikli zaczął stosować heljoterapję na dużą skalę, a od roku 1903 Rollier stosuje w Leysin heljoterapję przeważnie w cierpieniach gruźliczych chirurgicznych; lecz również i w chorobach niechirurgicznych gruźliczych badacz ten metodę leczenia światłem słonecznym zaleca na podstawie własnego doświadczenia.

Dla wyjaśnienia kwestji, w jaki sposób promienie słoneczne działają skutecznie na gruźlicę płuc, istnieje wiele teoryj i hypotez. Większość badaczy twierdzi. że działanie światła w gruźlicy płuc polega nie na wywoływaniu odczynu dodatniego miejscowego, gdyż z wyjątkiem promieni Roentgena żadne światło do głębszych warstw tkanek nie przenika, lecz na reakcji ogólnej całego organizmu. Istota tego „działania ogólnego“ pod wpływem helioterapji nie jest jeszcze dobrze znana, to też wszystkie hypotezy i teorje, dotąd w tym względzie stworzone, wymagają jeszcze dalszych badań oraz doświadczeń. Jedyną rzeczą realną, którą tak często widzimy, jako skutek działania promieni słonecznych, jest właśnie tylko ubarwienie skóry.

Pigmentację tą podług niektórych badaczy, wywołują produkty rozpadu hemoglobiny, podług innych zaś zjawisko to niema z nią żadnego związku. Bloch udowodnił za pomocą doświadczeń, że pigmentacja skóry powstaje dzięki jakiemuś dotychczas nieznanemu swoistemu zaczynowi międzykomórkowemu, który występuje pod wpływem promieni słonecznych i wytwarza w skórze i we włosach procesy utleniające i kondensacyjne.

Co się tyczy roli barwika skóry — produktu tych procesów—w leczeniu gruźlicy płuc, to Rollier sądzi, że dzięki niemu promienie krótkofaliste przeobrażają się w długofaliste, te zaś przenikają w głąb ustroju. Inni badacze, z Jesionkiem na czele, nie zgadzają się z tym poglądem i sądzą, że sam barwik przeobraża się w jakąś substancję rozpuszczalną, która przenika do krwiobiegu i limfy. Podług jednych i drugich bez pigmentacji skóry nie może być jednak efektu leczniczego. Breiger i inni badacze są natomiast zdania przeciwnego.

Pod kąpielą słoneczną należy rozumieć systematyczne *spokojne* leżenie lub siedzenie na miejscu słonecznym bez ubrania. Nie wyłącza to, rozumie się, pożądanych za każdym razem zmian w ułożeniu ciała. Leżenie lub siedzenie na słońcu *w ubraniu* jest bezcelowe a nawet szkodliwe. Rozpoczynając leczenie systematyczne kąpielami słonecznemi,

zaczynać należy zwykle nie od ogólnego naświetlania, lecz od miejscowego, przechodząc stopniowo do ogólnego; trwa kąpiel słoneczna z początku 5—10 minut, stopniowo się ją przedłuża, a może trwać, gdy, chory dobrze znosi, do godziny, a nawet więcej.

Przeciwskazania i wskazania są tu jeszcze bardzo sprzeczne; większość badaczy radzi nie stosować helioterapji ani w 3 okresie, ani podczas gorączki oraz krwotoków. Rollier jest temu poglądowi przeciwny; na zasadzie swej wieloletniej obserwacji przekonał się, że dzięki insolacji występuje właśnie pożądane przekrwienie skóry, które jest doskonałym srodkiem przeciw kongestji w narządach wewnętrznych, a więc eo ipso i w płucach. Przez długi czas Lewin stosował helioterapię w gruźlicy płuc, nie zwracając uwagi ani na gorączkę, ani na krwioplucie, ani też na t. z. trzeci okres, i nie zauważył przy tym żadnego ujemnego wpływu.

Helioterapja daje dobre wyniki nie tylko w górach, gdzie przeważają promienie krótkofaliste, lecz i na równinach pod wpływem promieni długofalistych. Wyniki, osiągnięte przez Bier'a na równinie, za pomocą helioterapji, połączonej z przekrwieniem zastoinowym, nie ustępują wynikom, podanym przez Rolliera. L. również miał dobre wyniki helioterapji, stosowanej w Szpitalu Żydowskim, w Otwocku i nawet na mieście w praktyce prywatnej.

Ostatnio starano się zastąpić światło słoneczne światłem sztucznym, mianowicie: lampą kwarcową, która rzuca promienie fioletowe i pozafioletowe i dla tego nosi jeszcze nazwę: „sztucznego górskiego słońca“ oraz promieniami Roentgena. Światło lampy kwarcowej stosuje się zwykle w ten sposób, że naświetla się górną część ciała rozebranego chorego, za pomocą dwóch lamp z przodu i z tyłu, ustawiwszy je w oddaleniu iednego metra. Z początku naświetlanie trwa 5 minut, stopniowo na każdym seansie przedłuża o 2 — 3 minuty i dochodzi do 15 — 30 minut przy jednoczesnym zbliżaniu lampy kwarcowej każdorazowo o 5 ctm., dochodząc do 80 cm. Serja składa się z 6 naświetlań, co drugi dzień, po nich następuje na czas pewien przerwa.

Rentgenoterapję stosuje się w sposób dwojaki: naświetla się albo bezpośrednio ognisko gruźlicze w płucach, albo też śledzionę lub też szpik kostny w celu wywołania limfocytozy. Ten drugi sposób jest obecnie bardzo popularny, przeważnie we Francji. Przy stosowaniu rentgenoterapji w gruźlicy płuc należy zwrócić baczną uwagę, po pierwsze, na dawkowanie, po drugie, na postać gruźlicy.

Wszyscy badacze tego przedmiotu się zgadzają, że należy zacząć od bardzo małych dawek, gdyż nie idzie tu o niszczenie schorzałej tkanki, lecz o podniecenie do bujania,

uczulenie tkanki łącznej wokół ogniska chorego. Co się zaś tyczy wskazania odnośnie do postaci anatomicznej gruźlicy, to do rentgenoterapji nadaje się postać gruźlicy wytwórczej—włóknistej, zwykle dobrotliwej; w innych zaś postaciach, gdzie przeważają, skłonności do zserowacenia i szybkiego rozpadu, promieni Roentgena stosować nie wolno. L. szczególnie wreszcie podkreśla, że nie trzeba wogóle zapominać, że leczenie gruźlicy płuc światłem nie zawiera w sobie nic swoistego i że może tu być mowa li tylko o sprzyjaniu naturalnem procesowi wyleczenia. To też helioterapja, rentgenotetapja i t. p, są tylko ogniwem w łańcuchu ogólnego leczenia przeciwgruźliczego, w którym uwzględniać trzeba przedewszystkiem wszystkie najistotniejsze czynniki hygieniczno-dietetyczne. L. uważa też za słuszne zaznaczyć, że zdania lekarzy o wynikach leczenia gruźlicy płuc światłem, są wogóle jeszcze bardzo sprzeczne.

S. Rubinrot **O leczeniu gruźlicy chirurgicznej rozmaitego rodzaju promieniami** (streszczenie odczytu).

R. zaznacza, że najbardziej obecnie popularną, a jednocześnie najstarszą metodą promienioleczenia, jest niewątpliwie heljoterapja. Odkrycie przez Finsena w roku 1893 leczniczych własności światła sztucznego też wpłynęło znacznie na systematyczne i bardziej racjonalne leczenie gruźlicy naturalnym światłem słonecznym. Gdy z biegiem czasu przekonano się, że wyniki kuracji słonecznej na równinie i nad morzem nie ustępują leczeniu w górach, metodyczne stosowanie heljoterapji gruźlicy stało się dostępne we wszystkich krajach, a więc dla wszystkich warstw społecznych. Działanie promieni słonecznych na ustrój zwierzęcy jest wielostronne: nietyle promienie cieplne, ile przeciwnie zawarte w widmie słonecznym promienie pozafiołkowe działają tu chemicznie na komórki organizmu i na krew, wywołując złożone reakcje biochemiczne, których istota nie jest jeszcze nam znana. Dane statystyczne Rolliera, Bernhardta i inn. wykazują po zastosowaniu metodycznym heljoterapji około 86% uleczenia różnych postaci gruźlicy chirurgicznej (skóry, kości, stawów, otrzewnej, dróg moczowych i inn.) przy 0,9% śmiertelności i to prawie bez zabiegów chirurgicznych i bez powikłań w postaci zniekształceń lub zesztywnień.

Z pom.ędzy źródeł światła sztucznego, którego promieniami usiłujemy zastąpić działanie promieni słonecznych najbardziej rozpowszechnione jest ognisko t. zw. lampy kwarcowej. Jakkolwiek własności biochemiczne promieni nadfioletowych lampy kwarcowej odbiegają znacznie od widma słonecznego, są one jednak bardzo, jak świadczy

zdobyte dotąd doświadczenie, użyteczne przy leczeniu gruźlicy chirurgicznej, szczególnie skóry (wilka), otrzewnej, przetok gruźliczych i in. Promienie nadfiołkowe znajdują zastosowanie zarówno przy naświetlaniach ogólnych, jak i miejscowych, przyczym pierwsze działają głównie przez swój wpływ na wzmożenie odporności organizmu w walce z zarazkiem gruźliczym. — Następne miejsce zajmują promienie Roentgena, które stosować zaczęto w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, już wkrótce po ich odkryciu; są one obok heljoterapji naturalnej najpotężniejszą bronią w walce z gruźlicą chirurgiczną. Wilner podaje przeszło 90% uleczeń po zastosowaniu prom. R. w sprawach kostnych; Broca 80% uleczeń gruczołów gruźliczych; Thomayer z kliniki Lesera podaje 82% sprawdzonych przypadków uleczenia stawów z dobrym wynikiem czynnościowym. Działanie promieni R. na chore kości gruźliczych oraz ich stawy schorzałe uwydatnia się w ustępowaniu obrzmienia oraz rozrostów grzybowatych, następnie ujawnia się też przez odgraniczenie ognisk chorobowych od zdrowych tkanek, wreszcie sprzyja rozrostowi szybszemu w opniskach zapalnych uleczonych tkanki łącznej, która z czasem jak wiadomo ulega zwapnieniu. Gruczoły chłonne zmniejszają się szybko, znikają pod wpływem naświetlania racjonalnego prom. R. albo zupełnie lub prawie zupełne, przetoki zamykają się, niekształtne czerwone blizny pooperacyjne lub samoistne wygładzają się i bledną; w związku z tak zaznaczoną większą lub mniejszą poprawą miejscową następuje również poprawa stanu ogólnego.

W Polsce promienioleczenie gruźlicy chirurgicznej, niestety, dotąd jeszcze nie znalazło tego szerokiego rozpowszechnienia, na które bezwględnie zasługuje; piśmiennictwo nasze o tym jest też nader skromne. — Nowotny w Zakopanem osiągnął 53% uzdrowienia w swoich przypadkach gruźlicy chirurgicznej przy stosowaniu tylko słońca naturalnego. Osobista R. statystyka dotyczy przeszło 1000 przypadków, leczonych promieniami Roentgena w różnych postaciach gruźlicy chirurgicznej; R. spostrzegał przytym, że już po kilku tygodniach leczenia w 88% przyp. wystąpiła wybitna poprawa, u większości zaś chorych, którym udało się przeprowadzić leczenie systematyczne — zupełne uleczenie. Rub. szczególnie podkreśla, że wobec doskonałych wyników promienioleczenia gruźlicy chirurgicznej, należy metodzie tej leczniczej poświęcić daleko więcej, niż dotąd u nas, uwagi a w wielu ośrodkach zagranicznych chorzy z gruźlicą chirurgiczną zostali już dawno wyodrębnieni z różnych oddziałów szpitalnych iześrodkowani w specjalnych oddziałach, zaopatrzonych we wszystkie niezbędne teraupetyczne i dla leczenia światłem odpowiednie urządzenia. I istotnie tylko na takich oddziałach specjalnych

chorzy mogą korzystać w całej pełni z tych wszystkich metod leczenia gruźlicy, jakiemi rozporządza medycyna współczesna.

W dyskusji brali udział: Goldflam, Judt, Goldstein, Gantz, Stabholz, Grundzach, Szwarc, Mesz, Lewin i Rubinrot.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 12 stycznia 1923 r.

Przewodniczył Natanson.

Mackiewicz. **Niezwykły przypadek nagminnego zapalenia mózgowia.**

E. M., lat 47, 5 tyg. temu nagle, siedząc na krześle, dostał zawrotu głowy i upadł; poczym miał wymioty w ciągu 2-ch dni. Na 3-ci dzień wystąpił niedowład prawej kończyny górn.; na 5-ty dzień zjawiły się silne bóle w tej kończynie. Bóle te trwają dotąd; osłabienie zaś prawej kończyny górnej znacznie się poprawiło, lecz siła mięśni jeszcze nie wróciła do stanu normalnego. Od 6-u dni męczy chorego czkawka b. uporczywa; ostatnio bezsenne noce. W stanie obecnym chorego stwierdzono, że źrenica oraz szpara prawego oka są węższe, niż lewostr.; nieznaczny enophtalmus dexter. Uścisk dłoni prawej słabszy niż lewej. Obwód prawego ramienia jest o 1 cm. mniejszy niż lewego. Czkawka b. uporczywa trwa; tętno 100—110. T^0 37,2—37,6—37,8. Po kilku dniach pobytu w szpitalu czkawka ustąpiła; natomiast na prawej dłoni zjawiły się objawy zapalenia w postaci małych wysięków. W ciągu ostatnich dwóch tygodni zapal. przerostowe naskórka. wystąpiło na całej prawej dłoni i powierzchni dłoniowej wszystkich palców oraz na grzbietowej powierzchni I — III palca.

Przypadek ten M. uważa za niezwykły ze względu na na nagły początek jakby udarowy, nagłe wystąpienie niedowładu jednej kończyny, zespół Claude Bernard - Horner'a (porażenie szyjnego n. współczulnego) oraz umiejscowione objawy keratodermji na prawej dłoni. M. podkreśla, iż wskazane objawy skórne dotąd w piśmiennictwie o nagminnym zapaleniu nie były opisane.

W dyskusji Bregman zaznacza, że istotnie zmiany odżywcze skóry w przebiegu nagminnego zapalenia mózgowia są, zarówno jak i niedowłady, zjawiskiem b. rzadkim. B. spostrzegał porażenie l-ej koń. górnej w Enc. leth. z przykurczeniem jej, jak w bezwładzie połowiczym, sądzi jednak, że niedowłady te są prawdopodobnie pochodzenia mózgowego, a nie—jak M. przypuszcza—rdzeniowego (porażenie rdz. szyjnego w danym wypadku). B. dodaje wreszcie, że zdarzają się niekiedy przypadki Enc. letharg o przebiegu, zbliżonym do spostrzeganego w zapaleniu rdzenia; sam widział w przebiegu jednego przypadku objawy porażenia poprzecznego.

Karbowski Ropień podoponowy, jako powikłanie zapalenia ropnego w zatoce czołowej.

K. na wstępie zaznacza, że powikłania wewnątrzczaszkowe w następstwie spraw ropnych w jamach obocznych nosa należą do względnie rzadkich przypadków.

To też zastanawiano się nad pytaniem, czy w tych nielicznych przypadkach, w których dochodzi do powikłań wewnątrzczaszkowych, niema jakich specjalnych momentów, sprzyjających przejściu sprawy z zatoki do układu nerwowego. — Stwierdzono istotnie, że sprzyjać może temu duży wymiar zatoki, wązki wężykowaty kanał mózgowo-czołowy, a co najwazniejsza prawdopodobnie, mało znany, a opisany przez Zukierkandla wał węchowy oraz grzebień węchowy, są to twory o przezroczystości niezwykłej, cienkie, o kruchej budowie, mało odporne na sprawy zapalne i łatwo b. może pękające pod. czas operacji. To też znajomość topografji wału i grzebienia węchowego jest konieczna dla każdego chirurga jam obocznych nosa.

Obecnie, dzięki poznaniu tych szczegółów budowy anatomicznej zatok czołowych oraz niemniej dzięki współpracy z neuropatologiem, możliwe jest bardzo wczesne rozpoznanie powikłań ze strony układu nerwowego, to też powikłania pooperacyjne należą coraz częściej do wyjątków.

Rokowanie jest jednak zawsze b. poważne. Przykładem może być następujące właśnie spostrzeżenie K. U pewnego chłopca, w przebiegu płonicy, wystąpiły objawy ropnego zapalenia zatoki czołowej. Już podczas pierwszego badania K. stwierdził: bóle głowy nad oczodołem prawym, obrzęk znaczny górnej powieki oraz bolesność wybitną przy opukiwaniu czoła po stronie prawej. W jamie nosa była ropna, niezbyt obfita, wydzielina. Na naradzie z kol. Uzdańskim postanowiono na razie chorego nie operować ze względu na jego stan ciężki (prócz osłabienia działalności serca rozpoznano również u tego chorego krwotoczne zapalenie nerek). Leczenie miejscowe nosa oraz okłady spowodowały poprawę o tyle, że obrzęk powieki znikł po kilku dniach i ustąpiły również dokuczliwe bóle głowy; poprawa była to jednak pozorna. Na 11 dzień po pierwszych objawach wystąpił bowiem nagle w nocy napad padaczkowy, który powtarzał się kilkakrotnie w ciągu dni trzech, a miał charakter drgawek Jackson'a. Badanie następnego dnia (kol. Zylberlast-Zandowa) wykazało—zamroczenie w stopniu wybitnym, porażenie lewej górnej i dolnej kończyny, wzmożenie odruchów lewostronnych ścięgnowych, osłabienie lew. brzusznego.

W płynie mózgowo-rdzeniowym Nonne-Appelt był wyraźnie dodatni, a lymfocytów wykryto 32 w 1 mm. sz. Dnia

następnego chory był nieco przytomniejszy porażenie kończyny lewej dolnej było też mniej znaczone. Rozpoznanie wahało się między powikłaniem wewnątrzczaszkowym a mocznicą.

Wobec wyraźnych objawów ropnej sprawy w zatoce czołowej K. zdecydował się na szerokie otwarcie ogniska ropnego z obnażeniem opony twardej nad prawym zrazem czołowym. W zatoce znaleziono istotnie ropę, przyczym błona śluzowa zmartwiała była częściowo oddzielona od kości, a opona twarda nieznacznie przekrwiona. Po zabiegu nastąpiła wybitna poprawa, prawie wszystkie objawy nerwowe ustąpiły; zdawało się, że chory wraca do zdrowia. A jednak na 8 dzień po operacji chory zmarł nagle. Sekcja wykryła ogromny ropień podoponowy, otorbielony, w części ciemieniowej, Badanie wykażało,że w istocie mózgowej nie było zmian zapalnych.

Ropnie podoponowe należą do bardzo rzadkich powikłań wogóle. Pierwszy przypadek spostrzegał Bergman w 1882 r.; ostatnio Awerenier zebrał 33 przypadki. W tych wszystkich było to powikłanie ropnych spraw ucha środkowego. Żaden z tych przypadków nie był odpowiednio rozpoznany. Specjalnych zespołów ropnie podoponowe nie dają; typowe mają być jakoby dla ropni podoponowych silne bóle głowy oraz wybitne zamroczenie, wzgl. utrata przytomności. W dwu przypadkach Awereniera ropnie powstały w miejscach odległych od pierwotnego ogniska, a w jednym po stronie przeciwległej. W danym przypadku ropień podoponowy był też w znacznej odległości od ogniska pierwotnego.

W dyskusji Bychowski pyta o zmiany na dnie oka; pozatym B. nie myśli, aby Encephalographia, wzgl. Ventriculographia, które zaleca Stabholz, przytaczając jako przykład doświadczenie kliniki Eiselsberga, mogła by też w danym wypadku przyczynić się do rozpoznania ropnia podoponowego. Mesz tłomaczy na obrazach szeregu zdjęć budowę zatok czołowych. Higier podkreśla, że dno oka może być niezmienione; powstanie przerzutów, zdala od ogniska pierwotnego, wiąże się z drążeniem zarazków z dróg żylnych zakażonych w kierunku nawet 2-iej półkuli mózgowej. Lubliner szczegółowo omawia budowę jam obocznych nosa i warunki, sprzyjające w związku z tą budową szerzeniu zakażenia ropnego z ognisk w tych jamach. Objawy mózgowe, jako powikłanie spraw ropnych obocznych mogą się zjawić b. wcześnie, już na 3-ci dzień, jak było we własnym spostrzeżeniu Lublinera. Goldflam omawia symptomatologię ropni podoponowych, szczególnie podkreśla znaczenie zmian na dnie oczu a, często drobnych objawów topograficznych.

S o ł o w i e j c z y k. **Przypadek wodonercza wrodzonego.**

M. Sz., lat. 10, z bliźniąt, zapisana do Szpitala 14 VIII 1922 r. Od 2-ego roku życia zauważono już u chorej stopniowo rozrastający się, niebolesny, guz w prawej połowie brzucha. — Blada, szczupła, wątła; gruczoły szyjne, pachowe i pachwinowe powiększone; wymiar prawej 1/2 klatki piersiowej i jamy brzusznej wyraźnie większy, Dolna granica płuca prawego odtyłu na VIII żebrze, z przodu na IV-ym, po lin. axillar na VI-em; granice płuca lewego normalne. Serca wymiary normalne; tony czyste, tętno 98; T^0 normalna. Powłoki brzuszne b. napięte. W okolicy prawej lędźwiowej guz okrągły, b. duży (40×30 ctm.), elastyczny. Na guzie palcem wyczuwało się jelita, a chwilami też i ich ruch robaczkowy. Górny biegun guza był ukryty pod prawym łukiem żebrowym, dolny zaś w dole biodrowym, granica jego po stronie lewej była o 4 cm. poza linją środkową brzucha; oddźwięk wypukowy z prawej strony w granicach, wskazanych wyżej, tępy, głuchy, poza tym miejscem wszędzie bębenkowy. Ani śledziony, ani wątroby, której granice zlewały się z guzem, namacać nie było można. Badanie pęcherza wziernikiem wykazało warunki normalne (wymiar, śluzówka); z moczowodu prawego nic się nie wydzielało, z lewego ściekał mocz normalny. Próbne nakłucie dało płyn o zabarwieniu moczu, z odcieniem brunatnym, wypuszczono płynu tego mniej więcej 3 litry (guz po tym znikł); w płynie ślady białka, odczyn kwaśny, ciężar właś. 1008, znaczna bardzo ilość mocznika; pod drobnowidem w osadzie nic patologicznego.— S. rozpoznał wodonercze wrodzone. Chora przybyła powtórnie 9 XI 22. już do nowego pawilonu chirurgicznego. Stan obecny pozostał bez zmiany. Operacja 23 XI 22. w uśpieniu eterowym; z odsłoniętego w jamie brzusznej guza wypuszczono 5 litrów płynu mętnawego, bez zapachu; guz wyłuszczono, podwiązano moczowód i szypułę naczyniową; otrzewnej nie naruszono. Rychłozrost. 28 XII 22. wypisano chorą w pomyślnym stanie zdrowia. Badanie ściany guza (o postaci worka jednokomorowego) wykryło ślady kanalików moczowych nerki. —

W dyskusji S z e n k i e r omawia szczegółowo warunki patologiczne rozwojowe — łącznie nerek, moczowodów i pęcherza, które sprzyjać mogą powstaniu wodonercza wrodzonego.

G o l d b e r g **Przypadek ostrego zapalenia śródpiersia przedniego** (z oddz. dr. Lubelskiego).

Chorą, dziewcz. 8-letnią, kopnięto w okolicę górną mostka oraz w udo lewe. Na miejscu urazu, na mostku, wystąpiło zrazu zaczerwienienie, a później obrzęk. Gdy po paru dniach przybyła do szpitala, miała duży naciek na mostku, od góry do 5 żebra. Naciek wychodził nieco poza mostek i w prawą

i w stronę lewą. Silne bóle; chwilami jakby zamroczona. Tony serca głuche. Zdjęcie rentgenowskie mostka nie dało wskazówek rozpoznawczych. Po paru dniach wystąpiło chełbotanie na miejscu nacieku. Oddech był utrudniony; chora niespokojna. T^0 wysoka. Jednocześnie i na udzie lewym wystąpił duży obrzęk i chełbotanie.—W przypadku tym miały więc miejsce dość wyraźne objawy zapalne w miejscu urazu mostka oraz ostrego zapalenia śródpiersia przedniego. Wobec ciężkiego stanu chorej przystąpiono do operacji, wybór planu zabiegu znacznie ułatwiało chełbotanie na miejscu nacieku. To też cięcie wykonano wzdłuż lewego brzegu mostka, by w razie potrzeby wykonać operację sposobem Kochera; do tego zabiegu jednak nie doszło, gdyż w miejscu, odpowiadającym trzeciej lewej przestrzeni międzyżebrowej, kość była nadżarta, miękka, a przy każdym wdechu sączyły się tu krople ropy, (między rękojeścią i ciałem mostka). Łyżką ostrą miejsce nadżarte usunięto, wtedy ropa wypłynęła. Otwór rozszeżono dość znacznie — przyczym okazało się, że prowadzi on do jamy w śródpiersiu przednim, wypełnionej ropą; na dole jej wyczuwało się tętnienie. Jamę wysączkowano. Przebieg pooperacyjny gładki, lecz powolny; po 6 tygodniach zagojenie zupełne.

Zapalenie śródpiersia przedniego należy do spraw b. ciężkich. Do przyczyn, wywołujących tu sprawy zapalne, należy zapalenie rękojeści mostka, ropnie śródpiersia opadowe, ostre ropnie po ranach zakażonych, głębokich, w okolicy mostka, po zropiałych wylewach krwawych poza mostkiem, po złamaniach mostka lub ropnie po chorobach zakaźnych i n. inn.. Z objawów, jak i w danym wypadku, na pierwszy plan wysuwa się utrudnienie oddechu i nacieki w okolicy przedmostkowej, niekiedy objawy wypukowe. Gdy dojrzewa potrzeba zabiegu, to operację wykonywamy albo sposobem Kochera, tworząc płat skórno-kostny lub Miltona przez rozpiłowanie podłużne mostka. Większość chirurgów, wobec możliwości uszkodzenia opłucnej przyściennej, radzi operować przy wzmożonym ciśnieniu wewnątrzpiersiowym.

L u b e l s k i i R o t s t a d t. **Pokaz chorej po operacji Albee'go.**

27 IX 22 przybyła do Szpitala na oddz. L u b e l s k i e g o chora, lat 17, z objawami niedowładu k. k. doln. z powodu gruźliczego zapalenia kręgów, wzgl. tylnego skrzywienia kręgosłupa. Promieniami R. ustalono zniekształcenie oraz zniszczenie gruźlicze kręgu X, XI, i XII grzb.. W układzie nerwowym stwierdzono (kol. Rotstadt): spastyczny niedowład k. k. d. z przewagą porażenia po stronie prawej, wzmożenie odruchów ścięgnowych (większe lewostr.), objaw stopowy, opasujące bóle na poziomie 8-9-10-11-12 kr. grzbietowe-

go. Po zastosowaniu wstępnej terapji zachowawczej, w postaci długotrwałego leżenia chorej nawznak, objawy uciskowe stopniowo prawie ustąpiły. Wtedy Lubelski, aby unieruchomić kręgosłup w obrębie zniszczonych kręgów, wykonał w uśpieniu chloroformowo - eterowym operację Albee'go. W tym celu L. rozszczepił wyrostki kolczaste chorych kręgów i po jednym z 2-ch zdrowych najbliższych pod i nad niemi. W utworzoną w ten sposób rynienkę L. przeszczepił odpowiednią płytę kostną, wyciętą z przedniej powierzchni kości piszczelowej. Wyrostek kolczasty kręgu, najbardziej w garbie wystający, ścięto zupełnie. Po zabiegu nałożono gorset gipsowy. Rychłozrost ran na miejscu skrzywienia kręgosłupa i podudzia. Omawiając tęchnikę i wskazania do operacji, L. powołuje się na pracę Calvé'ego i Galland'a (J. de chirurgie 1922) i uważa również za wskazane operację Albee'go dopiero w wieku młodzieńczym wykonywać.

Grynberg. **Pokaz chorej po operacji Albee'go.**

G. C., lat 33, zamężna. Już od 3 lat prawie ma bóle w krzyżu i k. k. d.. Przed 3 miesiącami wytworzył się garb, a bóle znacznie się zaostrzyły. Chora krótko nosiła gorset ortopedyczny, nie poczuła ulgi, bóle nie ustawały zdecydowała się wiec na operację. Chód, działanie pęcherza i odbytnicy były normalne. W narządach wewnętrznych nic patologicznego. Skrzywienie tylne wyrostków kolczastych II i III kręg. lędźw. i zniszczenie ciał tych kręgów. 2 XII 1922 r. G. wykonał operację Albee'go.

Kleszczami Luer'a usunięto wyrostki kolczaste II i III kręgów lędźw. Cienkim dłutem rozszczepiono podłużnie wyrostki kolczaste I i IV kręg. aż do łuków kręgowych, a w szparę tę wszczepiono płytkę kostną dług. 15 ctm. szerok. $1^1/_2$ctm. z przedniej powierzchni lew. kości piszczelowej; płytkę umocowano w szparze wyrostków kolczastych szwami powięzi; nałożono gorset gipsowy, obejmujący tyłogłowie, klatkę piersiową, miednicę i górną część ud. Po 10 dniach, wobec podniesionej T^0, wycięto okno w opatrunku gipsowym; stwierdzono przetokę, wprowadzono sączek gumowy. Po $3^1/_2$ tygodnia rana zagoiła się. 5 I. 23 r. chorej zdjęto gorset, lecz d. 10. I. 23 r. nałożono nowy, bóle bowiem wróciły.

W związku z powyższym przypadkiem G. omawia szczegółowo technikę, wskazania do operacji Albee'go. Obecnie za typowy dla operacji tej uważa się moment rozszczepienia dłutem wyrostków kolczastych oraz wstawienie belki kostnej do tej rynny. W części piersiowej płytka obejmować, łączyć, powinna też po dwa kręgi zdrowe, wyżej i niżej leżące, a w części lędźwiowej po jednym.

Schramm, na podstawie 25 operacyj Albee'go u dzieci, sądzi, że nie wywiera ona niekorzystnego (wbrew myśli Cal-

vė'go) wpływu na dalszy przebieg choroby. Ostrowski stosował operację Albee'go u dzieci w 26 przypadkach i również z wynikiem dobrym. Michejda, na podstawie 50 przypadków, sądzi, że wyniki u dorosłych są lepsze, niż u dzieci. G. podkreśla, że z operacją Albee'go zbyt długo zwlekać nie należy. Ropnie opadowe nie przeszkadzają wykonaniu tej operacji. Chora Grynberga chodzi obecnie (2 miesiące po operacji) dobrze, bólów nie ma — stan ogólny dobry.

W dyskusji Rotstadt ustala, że chora kol. Lubelskiego nie ma obecnie objawów uciskowych, które zresztą już była straciła po długotrwałym leżeniu nawznak przed samą operacją. R. omawia następnie wskazania do operacji Albee'go z neurologicznego punktu widzenia. O ile po wstępnym bezwzględnie zawsze wskazanym tym lub innym leczeniu zachowawczym, objawy uciskowe nie giną, operacja Albee'go nie ma celu, przeciwnie — uraz pooperacyjny może tu pierwotne i wtórne objawy uciskowe jeszcze pogorszyć. Dzieci małych nie należy operować, by nie hamować rozwoju ich kręgosłupa. Należy też pamiętać, że są przypadki gruźlicy kręgów bez garbu; R. sam taki przypadek opisał. Ponieważ gruźlica jest przedewszystkiem cjerpieniem ustrojowym, trzeba i przed i po operacji Albee'go stosować w najszerszym zakresie terapję klimatyczną, dietetyczną i fizykalną (słońce, wzlg. sztuczne, współczesną rentgenoterapję gruźlicy i n. inne).

Stabholz omawia technikę i wskazania operacji, podkreśla niebezpieczeństwo rozwoju w pewnych warunkach po urazie zabiegu operacyjnego gruźlicy prosówkowej. Bychowski zgadza się, że, gdy trwają rdzeniowe objawy uciskowe, operacja Albee'go jest przeciwwskazana. Rubinrot podkreśla, że operacja ta bynajmniej sprawy gruźliczej nie powstrzymuje, a może przez uraz krwawy być punktem wyjścia dla sprawy ogólnej gruźliczej. R. jest stronnikiem klasycznego zachowawczego leczenia. Srebrny zwraca uwagę, że wycięcie płytek kostnych z kości pszczelowych bywa następnie przyczyną złamania tych kości. W odpowiedzi Lubelski i Grynberg uważają jednak zabieg Albee'go za dobry i nie groźny, o ile tylko należycie indywidualizować przy wyborze chorych do tej operacji; sam zabieg jest względnie bardzo mało krwawy.

OD REDAKCJI.

Rękopisy, nadsyłane do Redakcji, powinny być pisane czytelnie, tylko na jednej stronicy kartki z pozostawieniem marginesu, o ile możności, na maszynie.

TREŚĆ NUMERU:

SOMMAIRE:

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **H. Altkaufer, E. Flatau, Wcł. Sterling, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji:

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 507-12 Dr. J. Rotstadt.

Adres Administracji:

Szpital Starozak., Pawilon III, Oddział Ginekol. I, tel. 507-05. Dr. H. Altkaufer

---

Skład Główny: E. Wende i S-ka, Krak.-Przedmieście 9.

„Drukarnia Krajowa" (W. Krawczyński i E. Egert), Żelazna 89.